



นครศรีธรรมราช เวชสาร

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๑



**MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT
MEDICAL JOURNAL**

Vol.1 No.2 Jan-Jun 2018

ISSN: 2586-8365

สารบัญ : Content

หน้า / page

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

- การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1
Acute Stroke Care in Emergency Department, Maharaj Nakhon Si
Thammarat Hospital
เสาวรส จันทมาศ กัญจนา ปุ๊กคำ
- ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบรายตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย 13
เบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
The Effectiveness of Individualized Health Education to Control Blood
Sugar for Diabetic Patients at Bangsai Hospital, Ayutthaya Province
อูมา มีโพธิ์สม
- รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต ของเขตสุขภาพที่ 6 23
Regional Referral Coordination Center Management Model of Health Region 6
ปัญญา พร้อมดิษฐ์
- ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 34
Factors Effecting Quality of Life of Non Communicable Disease Patients
in Contracting Unit for Primary Care Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital
ธัญญา จิระพิบูลย์พันธ์
- การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช 48
Chronic kidney Disease Management with Chronic Care Model at Primary Care in
Nakhon Si Thammarat Province
อุไรวรรณ พานทอง

สารบัญ : Content

หน้า / page

การศึกษาระบบบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียรใหญ่จังหวัดนครศรีธรรมราช	59
Service System of COPD Clinic of Chian Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province	

จิตสุภา ถาวรระ เบญจรัตน์ ช่วยสงค์ พญณินันท์ จันทรัตน์ พัทธราภรณ์ ขจรวัฒนากุล

ความเครียดและการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจาก บุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	67
Stress and Coping Mechanisms of Mothers Separated from Their Sick Babies During Postpartum Period in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital	

ปิยนุช กรุณา

รายงานผู้ป่วย (Case report)

การใช้เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากโรคเลปโตสไปโรซิส: รายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	78
Acute Peritoneal Dialysis with Cycler in Leptospirosis: First Case Experience in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital	

กมล โฆษิตรังสิกุล เฉลิมพล ณ เพ็ชรวิจารณ์

การผ่าตัดนำรากฟันออกจากโพรงอากาศขากรรไกรบนและการปิดรูทะลุช่องปาก- โพรงอากาศขากรรไกรบน	87
Caldwell-Luc Operation and Oroantral Communication Management	

นิดา ศรีนวล

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

melioidosis	95
Melioidosis	

ทียะพงศ์ เนติวงษ์

สารบัญ : Content

หน้า / page

บทปกิณกะ (Miscellany)

ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องของการเรียนการสอนหัตถการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน The Risk of Litigation of Current Medical Procedures. ปราณปวิณ โรจน์เจริญงาม	105
เรื่องของน้องมอ สุทธภา ไพนุจิตต์	116
ความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มนสิชา มาสิง	118

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสนใจเกี่ยวกับการทำงานวิจัยและเขียนบทความทางวิชาการ
2. เป็นแหล่งเผยแพร่ประสบการณ์ ผลการวิจัยและผลงานทางด้านวิชาการต่างๆ
3. เป็นศูนย์รวมบทความวิชาการทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กำหนดการตีพิมพ์ ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

กำหนดออก เดือนมกราคม และกรกฎาคม

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ทรงเกียรติ เล็กตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช
นายแพทย์คำพ เดชรัตน์ไชย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายแพทย์วันชัย ขจรวัฒนกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายสุเมธ มณฑารักษ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นางกัลยา มณีโชติ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายแพทย์ปิยะ มงคลวงศ์โรจน์	ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
แพทย์หญิงจันทร์จิรา กังอุบล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม	กลุ่มงานอายุรกรรม
--------------------------	-------------------

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์วิรัช สนิธเมือง	กลุ่มงานศัลยกรรม
แพทย์หญิงอัจจิมาวดี พงศ์ดารา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
แพทย์หญิงโชติกา ทับเจริญ	กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม
แพทย์หญิงปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
แพทย์หญิงกฤตยา เลิศนาคร	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
นายแพทย์สลิล สุขสมบูรณ์	กลุ่มงานจักษุวิทยา
ทันตแพทย์หญิงกิ่งเกศ อักษรวงศ์	กลุ่มงานทันตกรรม
นายแพทย์ชัชชัย หอมเกตุ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
แพทย์หญิงกาญจนา วงศ์ศิริ	กลุ่มงานจิตเวช
แพทย์หญิงตรีวรรณ ศรีนวนจันทร์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

นางศิริมา มณีโรจน์

กลุ่มการพยาบาล

นางสาวสมพร อยู่ดี

กลุ่มการพยาบาล

นางชฎาภรณ์ เพิ่มเพ็ชร

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

นางสาวณัฐพร ณ นคร

กลุ่มงานเภสัชกรรม

นางสาวณิชาภัตต์ ชันขาว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

นางกรรณิการ์ ปลื้มสง

ศูนย์คุณภาพ

นางสาวธนัชฐา แสงแพรว

ห้องสมุด

กองบรรณาธิการจากภายนอก

ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ดร.พิไลพัทธ์ ชูมาก

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เลขานุการ

แพทย์หญิงปองกมล ทองผ่อง

กลุ่มงานอายุรกรรม

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวสิริกานต์ สุวรรณ

กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความเพื่อขอตีพิมพ์

แนวทางนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่สนใจส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์ใช้เป็นแนวทางในการเขียนบทความ เพื่อให้ตรงตาม รูปแบบที่ทางกองบรรณาธิการได้กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไข ให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. ประเภทของบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและ/หรือการพัฒนาระบบสาธารณสุข นิพนธ์ต้นฉบับควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

แพลงกัตในเด็ก: ปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด

วิรัช สอนธิเมือง พ.บ.,ว.ว.กุมารศัลยศาสตร์
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Snake Bite Wound in Children: Risk Factor and Outcome of Surgical Intervention

Wirachai Sontimuang, MD.

Department of Surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ในแต่ละภาษา โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้
- บทนำ (Background)
 - วัตถุประสงค์ (Objective)
 - วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and Methods)
 - ผลการศึกษา (Results)
 - สรุป (Conclusions)
 - คำสำคัญ (Keyword)
3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 10 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้
- บทนำ
 - วัตถุประสงค์
 - วัสดุและวิธีการศึกษา
 - ผลการศึกษา
 - วิเคราะห์
 - สรุป
 - กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
 - เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานของผู้ป่วยที่น่าสนใจหรือภาวะที่ไม่ธรรมดาหรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย ไม่ควรมีการกล่าวถึงผู้ป่วยในภาวะนั้นๆ เกิน 3 ราย โดยแสดงถึงความสำคัญของภาวะที่ผิดปกติ การวินิจฉัยและการรักษา รายงานผู้ป่วยควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วินิจฉัยและสถาบันของผู้วินิจฉัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความสำเร็จของการรักษาแผลติดเชื้อราดำที่เท้าโดยไม่ต้องผ่าตัด

พีระพัชร ไทยสยาม พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช

Successful Treatment of Chromoblastomycosis without Surgery

Peerapat Thaisiam, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 10 บรรทัด โดยเขียนในลักษณะบรรยายเกี่ยวกับประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา พร้อมคำสำคัญ

โรคติดเชื้อราดำที่บริเวณผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลโดยเฉพาะที่เท้า ลักษณะของรอยโรคเป็นได้ตั้งแต่ผื่น หรือตุ่มแดงจนอาจลุกลามเป็นก้อนหรือปื้นหนาได้ หากตรวจบริเวณบาดแผลด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบลักษณะของเชื้อรา เป็นเซลล์กลมสีน้ำตาลมีผนังกัน บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี โรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome มาโรงพยาบาลด้วยแผลเรื้อรังที่หลังข้อเท้าขวา มา 4 เดือน ภายหลังได้รับการรักษาด้วย Itraconazole 200 – 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 6 เดือนอาการดีขึ้น โดยไม่ได้ผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อราดำ

Chromoblastomycosis is the skin infection caused by melanized or brown-pigmented fungi. Feet are common site of infection. The initial lesion may begin as an erythematous macular or papular skin lesion and progresses to a nodular or plaque-like lesion. Microscopic examination revealed muriform (sclerotic) cells, an aggregation of 2 to 4 fungal cells, with transverse and longitudinal septation. We report a 60-year-old male with nephrotic syndrome. He came to hospital with chronic wound at dorsum of right ankle for 4 months. His clinical condition improved with itraconazole 200 – 400 mg per day for 6 months without excision.

Key word: Chromoblastomycosis

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 5 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- รายงานผู้ป่วย
- วิจารณ์
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.3 บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ บทความฟื้นฟูวิชาการควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์และสถาบันของผู้พิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy)

กิงเพชร พรหมทอง พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช

Kingpeth Promthong, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat

2. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 10 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วิธีการสืบค้นข้อมูล
- เนื้อหาที่ทบทวน
- บทวิจารณ์
- เอกสารอ้างอิง

1.4 บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิบัติกับบทความพื้นฟูวิชาการที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ประกอบด้วย ลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ บทสรุปและเอกสารอ้างอิง

1.5 บทปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ข้างต้น

1.6 จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) เป็นจดหมายที่ใช้ติดต่อกันระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของ บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีนี้ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของ รายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง	สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวกับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมทั้งบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
เนื้อหา	เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กระชับรัดกุมชัดเจนใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทย ควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้ คำย่อต้องเขียนคำเต็มเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก และบทความควรประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
บทคัดย่อ	ย่อเฉพาะเนื้อหาสำคัญเท่านั้น ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อนุญาตให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล สูตร สัญลักษณ์ทางวิทยาศาสตร์ สถิติ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ หรือ 1 หน้ากระดาษ A4 และประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
คำสำคัญ	ได้แก่ ศัพท์หรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ เพื่อนำไปใช้ในการบรรจุเรื่องสำหรับการค้นคว้า

3. เอกสารอ้างอิง (References)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของ ข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข (1) สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้ หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง บทความอ้างอิงที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยงการ “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง นอกจากมีข้อมูล สำคัญมากที่หาไม่ได้จริงๆ ไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบต่างๆ

3.1 วารสารวิชาการ - ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและนามสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยตัวอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน และตามด้วย et al. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ หรือ และคณะ สำหรับวารสารภาษาไทย ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง

1. พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม. ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546;47:223-30.

2. Adam I, Khamis AH, Elbashir ML. Prevalence and risk factors for anemia in pregnancy women of eastern sudan. Trans R Soc Trop Med Hyg 2005;99:739-43.

3.2 หนังสือหรือตำรา - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. ตามตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

2. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.3 บทในหนังสือหรือตำรา - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทในหนังสือหรือตำรา. ใน : ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ตามตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฎ์, ประอร ขวลิตรารัง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424 – 78.

2. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cumming CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p 2001-19.

3.4 สิ่งตีพิมพ์ของหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ - ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียนตามตัวอย่าง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย ของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาราย 2538;24:190-204.

2. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

3.5 เอกสารจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ] ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย [หน้า/screen]. Available from: <http://.....>

1. Rushton JL, Forcier M, Schactman RM. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health [abstract]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [online] 2002 [cited 2003 Jan 21]; 41: 199-205. Available from;<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

2. Morse SS. Factors in the emergence of infection diseases. Emerg Infect Dis [online] 1995 [Cited 1996 Jun 5]; 1 [24 screens]. Available from:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

4. การพิมพ์และการส่งบทความ

1. พิมพ์โดยใช้กระดาษ A4 หน้าเดียว ตัวอักษร Angsana New ขนาด 18 ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้าโดยใช้ โปรแกรมและบันทึกไฟล์ใน Microsoft word

2. กรณีมีแผนภูมิ - กราฟ ให้ทำเป็นขาว - ดำ และวางในตำแหน่งที่ต้องการ

3. กรณีมีรูปภาพให้บันทึกรูปแยกออกมา โดยใช้ไฟล์นามสกุล JPEG ความละเอียด 350 PIXEL และให้พิมพ์คำอธิบายที่สั้นและชัดเจนได้รูปภาพการจะได้ตีพิมพ์ภาพหรือไม่ขึ้นขึ้นกับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

5. การส่งต้นฉบับมีช่องทางดังนี้

1. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อม CD file ข้อมูลมาที่ กองบรรณาธิการวารสาร กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-340-250

2. ส่งไฟล์ต้นฉบับมายัง E-mail: NSTMJ@hotmail.com

สารจากบรรณาธิการ

“มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร” ฉบับนี้ ถือเป็นฉบับที่ 2 ของโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการตอบรับจากผู้ส่งผลงานเข้าร่วมตีพิมพ์อย่างมากมาย แต่ละผลงานล้วนแต่มีประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขทั้งสิ้น เพื่อที่จะใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในวารสารฉบับนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการตอบรับที่ดีแบบนี้ตลอดไป



นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม

บรรณาธิการ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เสาวรส จันทมาศ , กัญจนา ปุกคำ พย.ม.

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ที่รอดชีวิตก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง การตรวจพบอาการได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดได้รวดเร็วขึ้น จะสามารถลดอัตราการตายหรือความพิการลงได้

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 170 คน ที่เข้ามารับการรักษาในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2558 และพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบันทึกผลการปฏิบัติ และ 3) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.11 เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันประเภท Fast track มีอายุเฉลี่ย 66.30 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงและร้อยละ 75.88 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ผลลัพธ์เชิงกระบวนการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติในประเด็นสำคัญและเร่งด่วนผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่การบันทึกผลการปฏิบัติพบว่า บันทึกน้อยกว่าการปฏิบัติในทุกด้านโดยเฉพาะการบันทึกการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน/ความเสี่ยงทางคลินิก พบว่าการบันทึกเพียงร้อยละ 35.88 ส่วนด้านผลลัพธ์การดูแล พบว่าเวลาที่ใช้ในการรักษากลุ่มตัวอย่างประเภท Fast track มาถึงห้องฉุกเฉินที่ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย คือ ระยะเวลาการได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเฉลี่ย 28.12 นาที

สรุป: จากผลการศึกษา ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุมตั้งแต่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการดูแลในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว สามารถลดอัตราการตายและความพิการลงได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผลลัพธ์การดูแลระยะเฉียบพลัน

**Acute Stroke Care in Emergency Department,
Maharaj Nakhorn Si Thammarat Hospital.**

Saowaros Chantamas¹, Kunjana Pukkham²

Senior Professional Nurse¹, Professional Nurse, APN²

Emergency department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Introduction: Stroke is a common emergency condition that has been increasing and causing deaths. The survivors from this disease will have disabilities and will be resulted in a poor quality of life. Patients who have fast detection of symptoms will have a better chance of receiving treatment or medication. Finally, it can reduce the rate of death or disability.

Objective: The purpose of this study was to evaluate the process and the result of caring stroke patients in acute stage at Emergency department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Materials and Methods: Across-sectional descriptive study was conducted in acute stroke patients. A total 170 patients were selected by purposive sampling technique who were used emergency unit during October to December 2015, and register nurse who cares each patient. The instrument used for data collection is questionnaire and consist of 3 parts; 1) General information 2) Recording form of nursing practice guidelines and nursing practice outcomes 3) Recording form of the patient outcomes in acute stage at Emergency department. The statistical analysis was descriptive design.

Result: The results revealed that 44.11 percent of stroke patient were in acute stage in fast track category. The average age was 66.30 years old. Most of them had hypertension and dyslipidemia, 75.88 percent was delivered from community hospital. The conclusion of process found that most of nursing activities record was missing especially the surveillance of complication and clinical risk as 33.58 percent. For the treatment outcome, the time for delivery the stroke patient in fast track to computed tomography of brain is 28.12 minutes in average.

Conclusion: From the result of this study, the stroke patient care system should be developed and cover general population, risk patient, emergency medical system and hospital care. So, if the patients got medical care quickly, can reduce mortality and disability rate.

Keywords: acute stroke patient, nursing practice guidelines of acute stroke care, measurement outcome in acute stroke care.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในคนไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ.2556 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อ 100,000 ประชากร เพิ่มขึ้นจาก 255.85 เป็น 366.81 โดยมีอัตราการตายในปี 2554 มีจำนวน 30.04 ต่อ 100,000 ประชากร และในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 36.13 ต่อ 100,000 ประชากร⁽¹⁾ โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีเพียงร้อยละ 10 ที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติ และร้อยละ 40 มีความพิการเพิ่มมากขึ้น โดยความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง พบเป็นอันดับ 6⁽²⁾ และยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year: DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง⁽³⁾ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจสูงมาก สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงและซับซ้อน จากสถิติอันดับโรคที่พบบ่อยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่ 4 ของสถิติผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยพบเป็นอันดับ 1 ของแผนกอายุรกรรม และเป็นอันดับ 1 ของสถิติผู้มารับบริการที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรวมทั้งมีสถิติการเสียชีวิตเป็นอันดับแรก และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติปี 2555-2557 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 19.16, 19.38 และ 19.65 ตามลำดับ

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีวิวัฒนาการก้าวหน้ามากขึ้น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันชนิดที่มีเลือดออกในสมอง ใช้วิธีการรักษาทางยาเพื่อลด

ความดันในกะโหลกศีรษะ และรักษาด้วยการผ่าตัด ส่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตัน มีวิธีการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) ทางหลอดเลือดดำ ยาที่ใช้คือ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ซึ่งถ้าได้รับยาภายใน 3-4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ จะช่วยให้เนื้อสมองของผู้ป่วยถูกทำลายน้อยลง สามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติได้ ลดความพิการลงได้ร้อยละ 30-50⁽²⁾ จากการรายงานในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติประมาณ ร้อยละ 50⁽⁴⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและเมื่อมาถึงแผนกฉุกเฉินมีความสำคัญมาก ถ้าสามารถตรวจพบอาการได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น โดยพยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพคนแรกที่เข้าถึงผู้ป่วย จึงต้องให้การดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ. 2554 ของสถาบันประสาทวิทยาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากการเก็บข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยพบว่าผลลัพธ์การดูแลยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ามารับการรักษาในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อนำผลมาพัฒนาคุณภาพการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพ (quality framework) ของโดนาปีเดียน⁽⁵⁾ ที่กล่าวถึงองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. โครงสร้าง ประกอบด้วย แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ.2554 และแบบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. กระบวนการ ได้แก่ การใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ.2554 ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล และการบริหารจัดการด้านระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. ผลลัพธ์ ได้แก่ ผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ.2554 ผลการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านระยะเวลา ด้านการวินิจฉัยโรค และด้านสถานะการจำหน่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองภายใน 72 ชั่วโมง ที่เข้ามารับการรักษาในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างใดอย่างหนึ่งภายใน 72 ชั่วโมง โดยไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุทางสมองมาก่อนมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่ได้รับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมาก่อนจากการมีอาการครั้งนี้และพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลอาการและอาการแสดง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ผลการบริหารจัดการด้านระยะเวลา ผลการวินิจฉัย และสถานะการจำหน่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่า 5 ปี ผ่านหลักสูตรการประชุม/อบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้ทำความเข้าใจและทดลองฝึกในการเก็บข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตการปฏิบัติงานของ

พยาบาล และการบันทึกผลการปฏิบัติในรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558–31 ธันวาคม 2558 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 170 ราย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง(n=170)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	55.88
หญิง	75	44.12
อายุ		
น้อยกว่า 55 ปี	36	21.18
55-64 ปี	30	17.65
65-74 ปี	48	28.23
มากกว่า 75 ปี	56	32.94
ประเภทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
Fast track	75	44.11
Non fast track	95	55.89
การนำส่งโรงพยาบาล		
ระบบส่งต่อ	129	75.88
ญาตินำส่ง	31	18.24
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	10	5.88
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
โรคความดันโลหิตสูง	83	48.82
โรคเบาหวาน	30	17.65
โรคหัวใจ	26	15.29
โรคไขมันในเลือดสูง	83	48.82
สูบบุหรี่	20	11.76

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.88 มีอายุเฉลี่ย 66.30ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือมากกว่า 75 ปี ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลโดยระบบส่งต่อร้อยละ 75.88 และใช้ระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 5.88 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเภท fast track ร้อยละ 44.11 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ48.82

ตารางที่ 2 ข้อมูลอาการและอาการแสดงของกลุ่มตัวอย่าง (n=170)

ข้อมูลอาการและอาการแสดง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล		
แขนขาชา หรืออ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง	140	82.35
การพูดผิดปกติ	90	50.94
เวียนศีรษะ มึนงง บ้านหมุน	10	5.88
ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ทันที	6	3.53
อาการอื่นๆ	15	8.82
ระดับความรู้สึกตัว (คะแนน Glasgow coma score)		
14-15 คะแนน	142	83.53
9-13 คะแนน	27	15.88
น้อยกว่า 9 คะแนน	1	0.59
ระดับความดันโลหิต		
ความดัน systolic		
น้อยกว่า 140 มม.ปรอท	31	18.24
141-220 มม.ปรอท	129	75.88
มากกว่า 220 มม.ปรอท	10	5.88
ความดัน diastolic		
น้อยกว่า 80 มม.ปรอท	48	28.23
80-109 มม.ปรอท	97	57.06
มากกว่า 109 มม.ปรอท	25	14.71

จากตารางที่ 2 พบว่าอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่คือ แขนขาชา หรืออ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง ร้อยละ 82.35 ส่วนอาการแรกเริ่มคะแนนประเมิน Glasgow coma scale ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวเพียงเล็กน้อย คะแนนอยู่ที่ 14-15 ร้อยละ 83.53 กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความดัน systolic อยู่ในช่วง 141-220 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 75.88 ค่าความดัน systolic เฉลี่ย 166.29 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดัน diastolic อยู่ในช่วง 81-109 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 57.06 ค่าความดัน diastolic เฉลี่ย 90.17 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
ตารางที่ 3 ผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลและการบันทึกผลการปฏิบัติ(n=170)

ข้อมูลการปฏิบัติและการบันทึก	ร้อยละของการปฏิบัติ	ร้อยละของการบันทึก
1. การซักประวัติอาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล	98.82	99.41
2. การซักถามเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ	98.24	97.06
3. การประเมินสัญญาณชีพ	100.00	100.00
4. การประเมิน primary survey และการ พยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเบื้องต้น	100.00	99.41
5. การประเมินอาการแสดงทางระบบ ประสาท	86.86	83.52
6. การรายงานแพทย์	92.35	70.00
7. การส่งตรวจวินิจฉัยโรคตามแผนการ รักษา	69.83	64.53
8. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน/ความเสี่ยง ทางคลินิก	42.94	35.88
9. การซักประวัติเพิ่มเติม	72.15	66.67
10. การส่งต่อผู้ป่วย	79.41	77.64

จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับ
ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ส่วนที่ปฏิบัติได้น้อย
คือ การส่งต่อผู้ป่วย การซักประวัติเพิ่มเติม การส่ง
ตรวจวินิจฉัยโรคตามแผนการรักษา และการเฝ้า
ระวังภาวะแทรกซ้อน/ความเสี่ยงทางคลินิก

สำหรับด้านการบันทึกผลการปฏิบัติ พบว่าบันทึก
น้อยกว่าการปฏิบัติในทุกด้าน ส่วนประเด็นที่มี
การบันทึกน้อยที่สุดคือ การเฝ้าระวัง
ภาวะแทรกซ้อน/ ความเสี่ยงทางคลินิก

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันด้านระยะเวลา

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านระยะเวลา(นาทีก)	fast track (n=75)	non fast track (n=95)
	Mean (SD)	Mean (SD)
1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล	106.01 (40.92)	816.65 (659.79)
2. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการประเมินโดยพยาบาล	0.18 (1.00)	0.69 (3.32)
3. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการตรวจโดยแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน	5.61 (10.03)	14.59 (14.22)
4. ระยะเวลาตั้งแต่ถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	28.12 (20.00)	45.57 (24.90)
5. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน	108.33 (44.53)	120.94 (48.43)

จากตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านระยะเวลา พบว่าในผู้ป่วยประเภท fast track ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 106.01 นาที และ non fast track 816.65 นาที และในประเภท fast track ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการประเมินโดยพยาบาล และได้รับการตรวจโดยแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 0.18 และ 5.61 นาที ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินทั้งหมดในประเภท fast track และ non fast track มีระยะเวลาเฉลี่ย 108.33 และ 120.94 นาที ตามลำดับ

ผลลัพธ์ด้านการวินิจฉัย และสถานะการจำหน่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากที่สุด ร้อยละ 73.53 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ร้อยละ 20.59 ส่วนสถานะการจำหน่ายจากงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 28.80 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 55.88 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 11.18

วิจารณ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้ในทุกช่วงอายุ แต่เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44–76⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พบร้อยละ 64.8 เป็นเพศชาย และส่วนใหญ่มียุมากกว่า 60 ปี⁽⁴⁾ ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และบุหรี่⁽⁷⁾ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าช่วงอายุที่พบคือ 24 - 94 ปี และมีแนวโน้มพบในกลุ่มที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้น พบในกลุ่มอายุน้อยกว่า 55 ปี ร้อยละ 21.18 ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน รวมทั้งพบในเพศหญิงถึงร้อยละ 44.12 โดยอุบัติการณ์ที่ผ่านมาพบสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.25 เท่า^(4, 8) ปัจจุบันแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงเพิ่มมากขึ้น จึงควรนำผลการศึกษานี้มาเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมง (fast track) ร้อยละ 44.11 ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีรายงานการศึกษาตั้งแต่ร้อยละ 21-50^(7, 9) เป้าหมายสำหรับการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง คือ ได้รับการรักษาได้เร็วที่สุด เพื่อช่วยลดอัตราความพิการและอัตราการตายได้⁽¹⁰⁾ มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

เฉียบพลันภายใน 3 ชั่วโมง คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹¹⁾ และมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมาโรงพยาบาลล่าช้าหลังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง คือการไม่เรียกใช้รถฉุกเฉินและการจัดระบบรถฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วย^(7, 12) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.88 มาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 3 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ และมาโรงพยาบาลด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 5.88 จึงเป็นโอกาสพัฒนา ในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มขีดความสามารถในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการพัฒนาบทบาทการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการพัฒนาศักยภาพทางสุขภาพในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างรวดเร็วในระยะแรกที่มีอาการ และการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.88 ได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่การค้นหากลุ่มเสี่ยง การคัดกรอง และการให้การดูแลก่อนส่งต่อ จนถึงระบบประสานการส่งต่อ และการจัดระบบช่องทางด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จากการศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล แต่พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย คือการส่งต่อผู้ป่วย การซักประวัติเพิ่มเติม การส่งตรวจ

วินิจฉัยโรคตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน/ความเสี่ยงทางคลินิก ส่วนการบันทึกผลการปฏิบัติ พบว่า มีการบันทึกน้อยกว่าการปฏิบัติในทุกด้าน สอดคล้องกับผลการรายงานเกี่ยวกับปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ของสภาการพยาบาล ปี 2550–2552 ปัญหาที่พบคือบันทึกไม่สมบูรณ์ครบถ้วน บันทึกไม่ต่อเนื่อง และไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งการบันทึกทางการแพทย์เป็นกิจกรรมสำคัญที่แสดงถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาลมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษา และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁽¹³⁾ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องบันทึกทางการแพทย์ให้ถูกต้องครบถ้วนตามข้อเท็จจริง ซึ่งนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายขึ้นสำคัญและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลอีกด้วย จึงเป็นโอกาสของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการนำผลการศึกษามาทบทวน และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และวางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 1 ครั้งจะสามารถใช้องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการพัฒนา⁽¹⁴⁾

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากผลการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันด้านระยะเวลาในประเภท fast track พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเอกซเรย์

คอมพิวเตอร์สมอง เฉลี่ย 28.12 นาที ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 25 นาที ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าระยะเวลายังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 37 นาทีถึง 2.6 ชั่วโมง^(8, 9, 15) และจากผลการศึกษานี้พบว่าระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ถึงห้องฉุกเฉินจนเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน เฉลี่ย 108.33 นาที ซึ่งจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจประเมินเบื้องต้นโดยแพทย์และพยาบาลก่อนส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และจากสภาพความแออัดของห้องฉุกเฉินบางครั้งทำให้มีความล่าช้าในการส่งผู้ป่วยไปห้องเอกซเรย์ และหลังจากที่ผู้ป่วยได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแล้ว จะต้องผ่านกระบวนการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และบางรายต้องรอรายงานการอ่านผลเอกซเรย์ ส่งผลให้ระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ถึงห้องฉุกเฉินจนเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉินไม่ผ่านเกณฑ์ จึงควรนำผลการศึกษามาปรับปรุงระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพื่อลดขั้นตอนต่างๆ ที่ล่าช้า ส่วนผู้ป่วยประเภท non fast track ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย 816.65 นาที ควรให้การดูแลเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการกับอาการแก่บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งมีผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลได้เร็วหลังเกิดอาการ จะมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงของโรคที่ถูกต้อง⁽¹¹⁾ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาดังกล่าวมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลมีค่าเพิ่มขึ้น คือ อาการที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ และมีความผิดปกติของระบบประสาทเพียง

เล็กน้อย^(15, 16) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารังนี้ที่พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกลึกตัวเล็กน้อย ร้อยละ 83.53 และควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

สำหรับผลการวินิจฉัยโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากที่สุด ร้อยละ 73.53 และมีเพียงร้อยละ 28.80 ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ยืนยันว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและมีอัตราการตายและความพิการลดลงถึงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป และไม่พบ

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา^(17,18) จึงควรนำผลการศึกษาไปทบทวนการจัดบริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อสรุป

จากผลการศึกษามีการรณรงค์ให้ความรู้ทั้งประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบส่งต่อ และการดูแลในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตายและความพิการลง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สืบค้นจาก [http:// thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease=data.php](http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease=data.php); 2558.
2. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
3. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2554.
4. พัทธกรณ์ สมหาญวงศ์, วรินทร์ บินโฮเซ็น และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. สถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ;2555; 30:73-81.
5. Donabedian A. An introduction of quality assurance in health care. Oxford University Press; 2003.
6. กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส; 2550.
7. SekoranjL, Griesser AC, Wagner G, Njamhshi AK, TemperliP, Herrmann FR, et al. Factors Influencing Emergency Delays in Acute Stroke Management. Swiss Med Wkly 2009; 139:393-9.

8. American Stroke Association. Guidelines for the early management of adult with Ischemic stroke. Available from: <http://www.strokeassociation.org>.
9. จีรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ และประเสริฐ วศินานุกร. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดใช้ในการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2552; 27:203-12.
10. ดิษยา รัตนกร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ใน: ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล และสมนึกสังขานภาพ, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน: Emergency in Medicine. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
11. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์ภักดี, พิศสมัย อรทัย และดิษยา รัตนกร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารเกื้อการุณย์ 2556; 20:15-28.
12. Bratina P, Greenberg L, Pasteur W, Grotta CJ. Current Emergency Department Management of Stroke in Houston, Texas. Stroke, 1995; 26:414-90.
13. กาญจนา ธาระ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร 2558; 42:164-70.
14. Harper JP. Emergency Nurses' Knowledge of Evidence-Based Ischemic Stroke Care: A Pilot Study. Journal of Emergency Nursing 2007; 33:202-7.
15. Morris DL, Rosamond W, Madden K, Schultz C, Hamilton S. Prehospital and Emergency Delay After Acute Stroke: The Genentech Stroke Presentation Survey. Stroke 2000; 31:2585-90.
16. Qureshi AI, Kirmani JF, Sayed MA, Safdar A, Ahmed F, Ferguson R, et al. Time to Hospital Arrival Use of Thrombolytics and in Hospital Outcomes in Ischemic Stroke. Neurology 2005; 64:2115-20.
17. กนกวลี ทรัพย์สุพรรณ. การจัดการทางการพยาบาลในการจัดตั้งหน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ; 2555.
18. เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. โรคหลอดเลือดสมอง Cerebrovascular disease. กรุงเทพฯ: ตรีโอ แอดเวอร์ไทซิง แอนด์ มีเดีย; 2553.

ประสิทธิผลของการให้สุศึกษาแบบรายเดี่ยวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อุมา มีโพธิ์สม ส.ม.
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางไทร

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพอย่างมาก การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ มากมายและยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว และงบประมาณด้านการจัดการสุขภาพของรัฐ การดูแลรักษาโรคเบาหวานที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ อาจบ่งชี้ได้อย่างง่าย ๆ ได้ด้วยระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นผลดีต่อการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้สุศึกษาแบบรายเดี่ยวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบางไทร

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ one group, pretest-posttest design ในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางไทร ตั้งแต่เดือนเมษายน- เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม และวัดระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการให้สุศึกษาแบบรายเดี่ยว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample t-test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยเบาหวานร่วมศึกษาทั้งหมด 30 ราย เพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 63.7) เพศชาย 11 ราย (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 53.4) ก่อนให้สุศึกษาค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 69.9 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (2.23) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 6-8 ชม (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง (175 mg/dl และร้อยละ 8.2 ตามลำดับ) ภายหลังให้สุศึกษาแบบรายเดี่ยวพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 75.7 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดีขึ้น (2.47) ค่าเฉลี่ย FBS และ HbA1C ลดลง (148 mg/dl และร้อยละ 7.6 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การให้สุศึกษาแบบรายเดี่ยวในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติตน และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามมา

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน สุศึกษารายเดี่ยว ระดับน้ำตาลในเลือด

The effectiveness of individualized health education to control blood sugar for diabetic patients at Bangsai Hospital, Ayutthaya province

Uma Meehosom M.P.H.

Outpatient Department, Bangsai Hospital, Ayutthaya, Thailand

Abstract

Background: Diabetes mellitus is a chronic disease. It is the cause of serious health problems and direct impact on patients. It reduces quality of life and lead to various systemic complications. Moreover, it increases the family expense which render to out-of-pocket payment for healthcare and increase the loss of government health expenditure. The researcher therefore interested to study on the effectiveness of individualized health education on glycemic control of the diabetic patients. The quality and efficacy of diabetic care could be simply indicated by the normal range of blood sugar which is benefit for prevention and reduction of the complication that may occur in the later.

Objective: To study the effectiveness of individualized health education to control blood sugar for diabetic patient at Bangsai Hospital.

Materials and Methods: Uncontrollable glycemic level patients who were cared at the outpatient department of Bangsai Hospital were participated in this study. The quasi-experimental research with one group pretest-posttest design were conducted. Health care behavior data were collected using the questionnaires and the blood sugar levels were simultaneously measured before and after individualized health education. The data were analyzed by descriptive statistics including percentage arithmetic mean and standard deviation. The inferential statistic was executed using paired samples t-test. The study period was performed on April to August 2016.

Results : All 30 diabetic patients included 19 females (63.7%) and 11 males (33.3%) which the most had the aged over 60 year olds (53.4%). Before the individualized health education, they had the mean score of knowledge on diabetes mellitus at the moderate level of 69.9% and mean score of self-care behaviors at the level of 2.23. The mean of fasting blood sugar (FBS) and the mean of hemoglobin A1c level (HbA1C) were 175 mg/dl and 8.2%, respectively. After individualized health education, overall parameters were improved. The mean of knowledge and self-care behaviors increased to 75.7% and 2.47, respectively. The mean score of FBS and HbA1C were decreased to 148 mg/dl and 7.6%, respectively. The statistical analysis showed that before and after individualized health education were significant difference with p -value of 0.05.

Conclusions: The individualized health education in uncontrollable glycemic level diabetic patients help to improve patient knowledges, self-care behaviors, and decreased the blood sugar level.

Keyword: diabetic patients, individualized health education, blood sugar level

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพอย่างมาก ก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวและรัฐ และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ มากมาย จากสถิติเบาหวานทั่วโลก ปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 415 ล้านคน ซึ่งมีข้อมูลทำนายว่า ปี พ.ศ. 2588 จะพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน และยังพบว่า คนไทย 1 ใน 11 รายเป็นเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวาน 5 ราย ใน 11 ราย ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน และทุก 6 วินาที มีคนตายจากเบาหวาน ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2557⁽¹⁾

จากสถิติการเกิดโรคเบาหวานของประชาชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกอันดับที่ 2 ในโรงพยาบาลรัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 41.41 และ 43.69 ตามลำดับ จากรายงานผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบร้อยละ 35.85 และ 45.12 ตามลำดับ⁽²⁾

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลบางไทร พบเป็นอันดับ 2 ของสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,491 1,552 1,629 รายต่อปี ตามลำดับ รายงานผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่า ร้อยละ 7 พบ

ร้อยละ 49.29 37.33 และ 41.29 ตามลำดับ⁽³⁾ จากข้อมูล que แสดงข้างต้น พบว่ามี แนวโน้มของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางไทร เพิ่มขึ้นในทุกปี รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่ดีได้

ดังนั้น การค้นหาวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะนำไปสู่การป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเบาหวาน จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณา ชื่นวัฒนา และคณะ⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เสียงสวรรค์ ทิพย์รักษ์⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัย เรื่องประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบรายเดือนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สามารถลดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยต่อไปได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบรายเดี่ยวต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบางไทร

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดี่ยว (One Group, Pretest-Posttest) วัดผลก่อนและหลัง (pretest – posttest design) ให้สุขศึกษาแบบรายเดี่ยว ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลบางไทรทั้งหมด และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือ FBS มากกว่า 140 mg/dl หรือ HbA1C มากกว่าร้อยละ 7

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี จำนวน 30 ราย โดยใช้ตารางเลขสุ่มจากเลขลำดับการรับบริการโดยเลือกเป็นลำดับบริการเลขคู่ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการด้วยโรคเบาหวาน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 เครื่องที่ใช้ในการสอนสุขศึกษา ได้แก่ ไมโครซอฟต์ เพาเวอร์พอยท์ (Microsoft PowerPoint) และเอกสารแผ่นพับโรคเบาหวาน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเรื่องความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำโดยอาศัยทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of

Self-care) ตามทฤษฎีโอเรม (Orem) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

3.2.1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งทดสอบความเที่ยงตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) ที่โรงพยาบาลลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ค่าความยากง่าย (Difficulty) ระหว่าง 0.37-0.77 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย มีค่าความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

3.2.2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย (ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลบางไทร)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะคำถามแบบถูกผิด จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ร้อยละเฉลี่ย มากกว่า ร้อยละ 80 หมายถึง ความรู้ระดับดี

ร้อยละเฉลี่ย ร้อยละ 60-80 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

ร้อยละเฉลี่ย น้อยกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน มีลักษณะแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีทั้งข้อความลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่มีลักษณะทางบวก	ข้อความที่มีลักษณะทางลบ
ปฏิบัติทุกวัน (7 ครั้งต่อสัปดาห์)	3 คะแนน	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)	2 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	1 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 ครั้งต่อสัปดาห์)	0 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ดังนี้⁽⁶⁾

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย 0 – 0.99	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ

4. แนวทางวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของประชากร ภาวะสุขภาพของประชากร คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมใน

เลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายเดี่ยวแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired-sample t-test เพื่อเปรียบเทียบผลของ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายเดี่ยวแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษา

คุณลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ เป็น เพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 63.7) เพศชาย 11 ราย (ร้อยละ 33.3) อายุส่วนใหญ่ มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 53.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อ เดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 66.7) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ คู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 70) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับข่าวสาร โรคเบาหวานจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 100) ดัง รายละเอียดในตารางที่ 1

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่ อ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่ 6-10 ปี (ร้อยละ 36.7) มีความสม่ำเสมอในการรักษา (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 90) โรคร่วม ส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 63.3) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ย

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังให้สุขศึกษา รายเดียว ดีกว่า ก่อนได้รับสุขศึกษารายเดียว และ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value น้อยกว่า 0.05) โดย คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางทั้ง ก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายเดียว (ก่อนให้สุข ศึกษา มีค่าเฉลี่ย 69.9 หลังให้สุขศึกษามีค่าเฉลี่ย 75.7 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ใน เกณฑ์ระดับดีทั้งก่อนและหลังการให้สุขศึกษาราย เดียว (ก่อนให้สุขศึกษามีค่าเฉลี่ย 2.23 หลังให้สุข ศึกษา มีค่าเฉลี่ย 2.47) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลใน เลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ระดับควรปรับปรุง ทั้ง ก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายเดียว (ก่อนให้สุข ศึกษา มีค่าเฉลี่ย 175.6 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หลังให้ สุขศึกษามีค่าเฉลี่ย 148 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) และ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อยู่ ในเกณฑ์ระดับควรปรับปรุง ทั้งก่อนและหลังการ ให้สุขศึกษารายเดียว (ก่อนให้สุขศึกษามีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 8.2 หลังให้สุขศึกษามีค่าเฉลี่ยร้อยละ 7.6) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะประชากร จำนวน 30 ราย

คุณลักษณะประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	11	36.7
	หญิง	19	63.3
อายุ	31-40	1	3.3
	41-50	5	16.6
	51-60	8	26.7
	61-70	16	53.4

คุณลักษณะประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ	เกษตรกรรม	5	16.7
	ค้าขาย	5	16.7
	รับจ้าง	6	20
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	46.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0-5000 บาท/เดือน	21	70
	5000-10000 บาท/เดือน	9	30
ผู้ดูแล	อยู่คนเดียว	3	10
	คู่สมรส	4	13.3
	คู่สมรสและบุตร	20	66.7
	ญาติพี่น้อง	3	10
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โทรทัศน์		30	100

ตารางที่ 2 แสดงภาวะสุขภาพของประชากร จำนวน 30 ราย

ภาวะสุขภาพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย	ผอม (น้อยกว่า 18)	1	3.3
	ปกติ (18.5-22.99)	5	16.7
	น้ำหนักเกิน (23.24.99)	6	20
	อ้วนระดับ 1 (25-29.99)	14	46.7
	อ้วนระดับ 2 (30-39.99)	3	10
	อ้วนระดับ 3 (มากกว่า 40)	1	3.3
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	1 -5 ปี	9	30
	6 -10 ปี	11	36.7
	11-15 ปี	7	23.3
	16-20 ปี	3	10
ความสม่ำเสมอในการรักษา รักษาสม่ำเสมอ		30	100
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	ตา	2	6.7
	ไต	1	3.3
	ไม่พบ	27	90
โรคร่วมอื่นๆ	ความดันโลหิตสูง	7	23.3
	ภาวะไขมันในเลือดสูง	2	6.7
	ความดันโลหิตสูง ร่วมกับ ภาวะไขมันในเลือดสูง	19	63.3
	ไม่มีโรคร่วม	2	6.7

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาแบบรายเดี่ยว จำนวน 30 ราย

ตัวแปร	ก่อนให้สุขศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	หลังให้สุขศึกษา จำนวน(ร้อยละ)	p
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน			
ควรปรับปรุง (<60 %)	11 (36.7)	8 (26.6)	.048*
ปานกลาง (60-80 %)	10 (33.3)	5 (16.7)	
ดี (>80%)	9 (30)	17 (56.7)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	69.9 (15.41)	75.7 (17.8)	
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
ระดับต่ำ (0 - 0.99)	0 (0)	0 (0)	.001*
ระดับพอใช้ (1.00 - 2.00)	8 (26.7)	3 (10)	
ระดับดี (2.01 – 3.00)	22 (73.3)	27 (90)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.23 (0.33)	2.47 (0.31)	
ระดับ	ดี	ดี	
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)			
80-120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ดี)	0 (0)	4 (13.3)	.003*
121-140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (พอใช้)	0 (0)	8 (26.7)	
> 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ควรปรับปรุง)	30 (100)	18 (60)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	175.6 (24.6)	148 (24.3)	
ระดับ	ควรปรับปรุง	ควรปรับปรุง	
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 %	0 (0)	5 (16.7)	.007*
มากกว่า 7%	30 (100)	25 (83.3)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8.2 (1.12)	7.6 (0.69)	
ระดับ	ควรปรับปรุง	ควรปรับปรุง	

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05.

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายเดี่ยว พฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายเดี่ยว ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย รวมทั้งค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง แม้หลังได้รับสุขศึกษารายเดี่ยวแล้ว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการสม่ำเสมอ ซึ่งได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ถูกต้อง เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีความรู้ แต่ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับมีดัชนีมวลกายที่อยู่ในภาวะอ้วน และเกินมาตรฐาน อาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พชรรัตน์ ธรรมรักษา⁽⁶⁾ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สุขสำนึก ถนนามัย กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวาน พฤติกรรมความสามารถแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชนารถ วชิรปราณี⁽⁷⁾ เรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลหนองเสาเล้า อำเภอลำดวน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง กว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ร่วมกับมีภาวะพึ่งพาผู้อื่น และในบางรายมีการรับรู้ที่ลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการให้สุขศึกษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นลดลง ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยลดลงตามไปด้วย

สรุป

การให้สุขศึกษารายเดี่ยวในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติตน และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามมา แต่ในการศึกษาพบว่ามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ทั้งความรู้ พฤติกรรม ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ซึ่งถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างแน่นอน ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽⁸⁾ กล่าวไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นกิจกรรมภาวะปกติของมนุษย์เพื่อให้การทำหน้าที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติและยังเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การคงไว้ เสริมสร้างสุขภาพให้เจริญเติบโตตามพัฒนาการในระยะเวลาซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพหรือความผาสุก รวมทั้งการ

แสวงหาและการมีส่วนร่วมในการรักษาและการ
พยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี โดย
ความอนุเคราะห์ของ รศ.ดร.นพวรรณ อธิพันธ์เจริญ
และ ผศกรองทิพย์ เนียมถนอม ที่ให้คำปรึกษาใน
สุนทร ไรจน์สุริยวงศ์.การทำวิจัย นพผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลบางไทร ที่ให้การสนับสนุนในการทำ
วิจัย ขอขอบพระคุณ คุณสมจิตร เกิดทรัพย์

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คุณชลสินธุ์ ศรีลาศักดิ์
หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว และคุณวราภรณ์
ตรีวิชา พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ เป็น
ผู้ทรงคุณวุฒิในการทดสอบความเที่ยงตรงของ
เครื่องมือในการทำวิจัย รวมทั้ง คุณบุบผา ฐป
เทียน ผู้จัดการรายกรณี ที่เป็นแรงสำคัญใน
การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วย และ
ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่านที่ให้ความ
ร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติเบาหวานทั่วโลก [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 พ.ย. 25] เข้าถึงได้จาก: <http://www.dnmthai.org/statistic/1558.2558>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2558. [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2559 พ.ย. 25] เข้าถึงได้จาก: <http://www.ayo.moph.go.th/main/index.php>
3. แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางไทร. รายงานประจำปี 2559.เอกสารไม่ตีพิมพ์ ; 2559
4. วรณนา ชื่นวัฒนา, นิชานาฏ สอนภักดี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี 2557;3:163-70.
5. เสี่ยงสวรรค์ ทิพย์รักษ์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลลำธารายน อำเภอยะบะดี จังหวัดลพบุรี[วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี; 2549.
6. พงษ์รัตน์ ธรรมรักษา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักก่อนนัมัย กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2554.
7. นุชนารถ วชิรปราณี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ตำบลหนองเสาเล้า อำเภอยะบะดี จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ 2557;3:15-23.
8. ธิติมาส หอมเทศ. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2555.

รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต ของเขตสุขภาพที่ 6

บัญชา พร้อมดิษฐ์, ป.ด., เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์, ร.บ.ม., ยุพเยาว์ วิศพรณ์, ค.ศ.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

บทนำ: กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดระบบบริการสุขภาพระหว่างจังหวัดที่เชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” โดยมีศูนย์ประสานการส่งต่อ (Referral Coordination Center) ระดับเขต ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตาม และรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งปัจจุบันแนวโน้มการส่งต่อผู้ป่วยได้เพิ่มสูงขึ้น และมีปัญหาเกิดขึ้นในหลายด้าน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงสถานการณ์การบริหารจัดการและแนวทางการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต ของเขตสุขภาพที่ 6

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) กลุ่มเป้าหมายมี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารศูนย์ประสานการส่งต่อใน 8 จังหวัด รวม 8 คน ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อใน 8 จังหวัดๆ ละ 3 คน รวม 24 คน ใช้การสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างตามแนวทาง 4 M คือ การบริหารจัดการ (Management) บุคลากร (Man) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และงบประมาณ (Money) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่า 1) รูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตของทั้ง 2 โรงพยาบาล มีลักษณะที่คล้ายกัน คือ มีสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีเป้าหมาย/แนวทาง/ขั้นตอนปฏิบัติงานกับโรงพยาบาลในเครือข่าย แต่โครงสร้างการทำงานของศูนย์ฯ ไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์/แผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนางานทั้งในศูนย์ฯ และโรงพยาบาลในเครือข่าย ใช้เครื่องมือการส่งต่อที่ซ้ำซ้อน ขาดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการส่งต่อใช้วัสดุอุปกรณ์ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใช้เงินบำรุงในการพัฒนางานที่ไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของศูนย์ฯ มีพยาบาลวิชาชีพในเวรเช้าแต่ยังไม่เพียงพอ ไม่มีการพัฒนาสมรรถนะและขาดการสร้างขวัญและกำลังใจในบุคลากร 2) รูปแบบที่ควรพัฒนา คือการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต (Regional Referral Coordination Center Model: R Model)

สรุป: การบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตต้องมีการพัฒนาในหลายประการทั้งในด้านการบริหารจัดการ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นนี้

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต

Regional Referral Coordination Center Management Model of Health Region 6

Bancha Promdit, Ph.D.*, Kessarin Thaisriwong, M.P.A.*, Yuppayao Wisaphan, M.H.Econ.*

Chanthaburi Provincial Health Office

Abstract

Introduction: Ministry of Public Health arranges the service health system into 3 level, primary care, secondary care and tertiary care that was connected by referral system. For Implementation, Region Referral Coordination Center: RRCC was established in Chonburi and Prapokklao hospitals in 2010 in order to coordinate referral system in all provincial hospitals. However, there have still been many serious problems, up till now.

Objectives: To study and develop the management model of regional referral coordination center in health region 6.

Materials and Methods: This study was Qualitative research. The samples were divided into 2 groups. The first groups are 8 executive of provincial referral coordination center. The second group is 13 operational personnel in provincial referral coordination center. The instrument is semi-structured questionnaires that used 4M concept, data was collected by using in-depth interviews, a focus group interviews and documentary review. Content analysis was analyzed.

Results: The study found that; Region Referral Coordination Centers (RRCC) of Chonburi and Prapokklao hospitals has a similarity management pattern, as follow : 1) Chain command, target goals and process management have found clearly and unity, but there were not unclear with working structure, strategies even finance management in contrast. The budget of RRCC from hospital subsidy that no projects support. There is a full-time nurse who operated only 08.30-16.30. The executive has not build employee morale process. All material join with emergency accident department but it wasn't enough to work. 2) The Management model of reasonable, have 1 figure; Regional Referral Coordination Center Model: R Model.

Conclusion: The Management of Region Referral Coordination Center in Chonburi and Prapokklao hospitals has to be developed using R model.

Keywords: Management, Regional Referral Coordination Center

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการจัดระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ทติภูมิ (Secondary Care) และตติภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System)⁽¹⁾ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 6 ใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลจังหวัดภายในเขตสุขภาพเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับเขตได้

ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต (Regional Referral Coordination Center: RRCC) อยู่ภายใต้ระบบส่งต่อที่รองรับหลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ โดยในปี 2552 เขตสุขภาพที่ 6 กำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยระดับเขตขึ้น และให้มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานรองรับที่เป็นรูปธรรม⁽²⁾ โดยตั้งอยู่ที่ 1. โรงพยาบาลชลบุรี ที่รับผิดชอบโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดฉะเชิงเทรา ระยอง สมุทรปราการ และปราจีนบุรี และ 2. โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี รับผิดชอบโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดตราด สระแก้ว และระยองบางส่วน คือ โรงพยาบาลแก่ง อำเภอกาบัง โดยทำหน้าที่ประสานงาน ให้และรับข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการส่งต่อ⁽³⁾ ทั้งนี้ กำหนดให้ใช้โปรแกรม Thai Refer เป็นกลไกสำคัญในการรับและส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการลดเอกสาร การเตรียมสถานที่ บุคลากร เครื่องมือ การดูแล และการรายงานผล⁽⁴⁾

ในอดีตที่ผ่านมาที่ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตนั้น เกิดปัญหาในการประสานงานและการติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายปัญหารถพยาบาลและพนักงานขับรถไม่พร้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดแคลนอัตรากำลัง และระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน⁽³⁾ แต่หลังจากที่มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตเกิดขึ้นแล้ว ยังไม่มีความชัดเจนว่าการบริหารจัดการ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการประสานการส่งต่อเป็นอย่างไร แต่พบว่า การส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2558 การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพของจังหวัดระยองเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.52⁽⁵⁾ ส่วนการส่งต่อนอกเขต พบว่า จังหวัดที่มีการส่งต่อนอกเขตสูงที่สุด คือ จังหวัดสมุทรปราการ รองลงมา คือ จังหวัดฉะเชิงเทรา⁽⁶⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อในระดับเขตมีภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงสถานการณ์การบริหารจัดการ และแนวทางการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อในระดับเขต เพื่อให้บรรลุผลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตที่เหมาะสม

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้เทคนิครวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพ (Qualitative Technique)

และการศึกษาจากเอกสาร (Documentary Review)

ประชากรตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ผู้บริหารศูนย์ประสานการส่งต่อในโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดๆ ละ 1 คน รวม 8 คน

2.กลุ่มผู้ปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อในโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดๆ ละ 2คน รวม 16 คน โดยในแต่ละจังหวัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ปฏิบัติงานในลักษณะงานประจำ (Full Time) 1 คน และผู้ปฏิบัติงานในลักษณะหมุนเวียนชั่วคราว (Part Time) 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.จากการศึกษาเอกสาร เช่น แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และผลการดำเนินงานต่างๆ
- 2.แบบบันทึกและแบบสังเกต เกี่ยวกับการบริหารจัดการ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์
- 3.แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีโครงสร้าง ตามแนวทาง 4 M คือ การบริหาร (Management) บุคลากร (Man) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และงบประมาณ (Money) โดยกลุ่มผู้บริหารใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนกลุ่มผู้ปฏิบัติใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม

การรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือราชการถึงโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อบันทึกหมายวัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือ วิธีการขั้นตอน และอื่นๆ ที่เป็นไปตามหลักจริยธรรมในการวิจัย
3. เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา และเครื่องมือที่กำหนดบันทึกเสียง ตรวจสอบความครบถ้วนของ

ข้อมูลและจัดพิมพ์รายละเอียดที่ได้จากการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา
- 2.พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตโดยมีขั้นตอนในการพัฒนาดังนี้
 - 2.1 นำกรอบ 4 M มาเป็นโครงสร้างหลักที่จะใช้ในการออกแบบรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ
 - 2.2 นำผลจากการศึกษาเอกสารผลสรุปจากข้อมูลเชิงคุณภาพ และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ร่วมกันตามกรอบในขั้นตอนที่ 2.1
 - 2.3 สร้างรายละเอียดกิจกรรมในแต่ละด้านของรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ

ผลการศึกษา

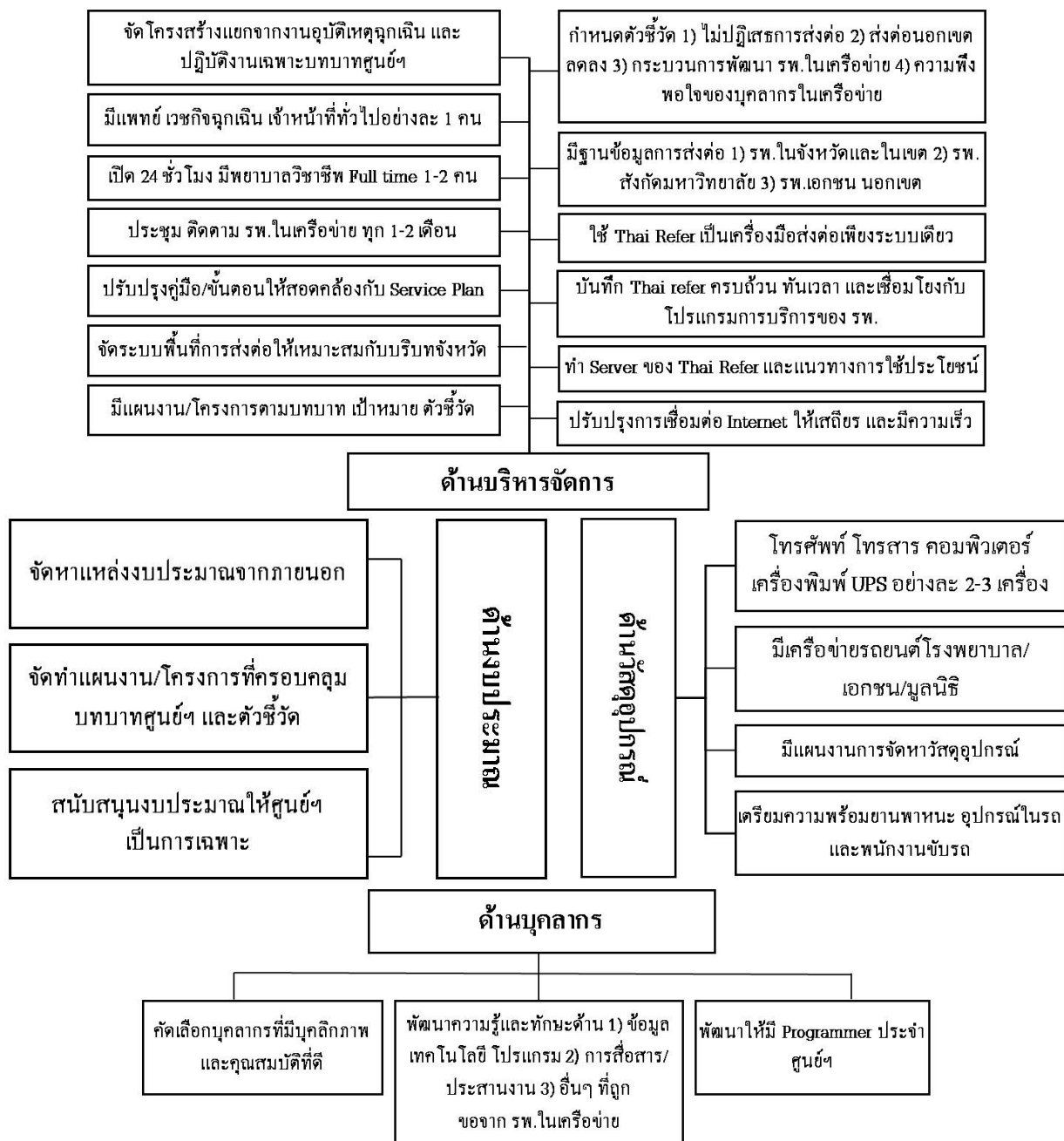
- 1.รูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีลักษณะที่คล้ายกัน คือ
 - 1.1. ด้านการบริหาร มีสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีเข็มมุ่งและเป้าหมาย มีแนวทาง/ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงาน แต่โครงสร้างศูนย์ประสานการส่งต่อยังไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์/แผนงาน/โครงการเฉพาะศูนย์ฯ มีปัญหาด้านการประสานงาน มีการใช้เครื่องมือส่งต่อที่ซ้ำซ้อนทั้งจากเอกสาร บส.08 และโปรแกรม Thai Refer ขาดการพัฒนาคุณภาพ/การวิเคราะห์และการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้มีผลงานการส่งต่อโดยรวมทุกประเภท (ในจังหวัดนอกจังหวัดในเขต และนอกเขต) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี ปี 2558 พบ 32,104 ราย ปี 2559 พบ 38,948 ราย
 - 1.2. ด้านงบประมาณใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการพัฒนางาน แต่ไม่ครอบคลุมกิจกรรม และไม่มีแผนงาน/โครงการที่แสดงรายละเอียดด้าน

งบประมาณที่เฉพาะเจาะจงตามบทบาทของศูนย์ฯ
1.3. ด้านบุคลากรมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในเวร
เช้าแต่ยังไม่เพียงพอ ไม่มีแผนงาน/โครงการพัฒนา
สมรรถนะบุคลากร และไม่ชัดเจนในการกระบวนการ
สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน 1.4. ด้านวัสดุ
อุปกรณ์มีการใช้วัสดุอุปกรณ์พื้นฐานร่วมกับงาน

อุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ยังไม่พอเพียงต่อการปฏิบัติงาน
ส่วนผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการส่งต่อ

2.รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ
ที่ควรพัฒนา คือ รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสาน
การส่งต่อระดับเขต (Regional Referral Coordination
Center Model: R Model)

ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต (Regional Referral Coordination Center Model: R Model)



วิจารณ์

การบริหารจัดการด้วยแนวคิด 4 M มีความสำคัญต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ หากขาดการบริหารที่ดีในข้อหนึ่งข้อใดก็จะทำให้งานนั้นเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อกัน และทำให้การทำงานนั้นไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานนั้นๆ⁽⁷⁾ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า การดำเนินงานที่เกิดขึ้นของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต คือ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า ยังไม่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และยังไม่เกิดการบริหารจัดการที่ดีในหลายประเด็น ดังนี้

1. นโยบายให้ศูนย์ประสานการส่งต่อมีโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมนั้น โดยทั่วไปความหมายของโครงสร้างหมายถึง องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดส่วนต่างๆ ทางสังคมในลักษณะของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของอาคาร โครงสร้างของกลุ่มคน และกลุ่มตำแหน่งงานต่าง ๆ ที่จะรองรับแผนงานและการดำเนินงานที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากนโยบายที่กำหนดไว้นี้ ไม่ได้มีรายละเอียดของการให้ความหมายของโครงสร้างและบทบาทที่ชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยคือ โครงสร้างและการจัดตั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน⁽⁸⁾

2. ศูนย์ประสานการส่งต่อฯ ไม่มีกลยุทธ์และแผนงาน/โครงการที่เฉพาะเจาะจงกับศูนย์ฯ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของผู้บริหารในการบริหารเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยังน้อย ซึ่ง

ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงผกาเมะเสนา และประณตนันท์ยะกุล (2557)⁽⁹⁾ ที่พบว่า การบริหารจัดการอันดับแรกที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือผู้บริหารให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กรโดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผนที่เป็นารออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล และออกแบบการพัฒนาที่เป็นระบบที่ช่วยให้บุคลากรทราบและเข้าใจจุดเด่นและจุดที่ยังเป็นโอกาสพัฒนาจากสภาพการปฏิบัติงานจริง เพื่อสร้างความเข้าใจที่เป็นระบบ และสามารถวางแผนพัฒนาได้ครบทุกมิติ⁽¹⁰⁾

3. ศูนย์ประสานการส่งต่อฯ มีเป้าหมายที่ไม่ปฏิเสธการรับการส่งต่อ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะมีการตีความหมายของคำว่า “ปฏิเสธ” จาก “ไม่รับการส่งต่อ” เป็นการ “ช่วยประสานส่งต่อ” ไปยังโรงพยาบาลอื่นเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม นโยบายการรับส่งต่อทุกรายแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย แต่อาจจะเกิดปัญหาหรือซ้ำเติมให้เกิดปัญหาเรื่องอัตราการครองเตียงและระบบการส่งต่อที่เพิ่มมากขึ้นได้⁽¹¹⁾

สำหรับเป้าหมายที่กรณีเกินศักยภาพการส่งต่อภายในเขต ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางประสานการส่งต่อออกนอกเขตนั้น ถือว่ายังไม่สามารถดำเนินการได้ผลอย่างเต็มที่ เพราะมีศูนย์ประสานการส่งต่อบางจังหวัดที่ต้องดำเนินการส่งต่อนอกเขตเอง เช่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่มีพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานคร ที่เกิดความไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลชลบุรีก่อน ซึ่งยังไม่มีแนวทางในเรื่องนี้ที่ชัดเจน จึงเกิดผลที่พบจากการศึกษานี้ คือ พบว่าการทำงานของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตยัง

ไม่เอื้อหรือไม่เกิดประโยชน์มากนักกับโรงพยาบาล
ในเครือข่าย

4. ในด้านการมีแนวทาง/วิธีการดำเนินงาน
ส่งต่อที่ถูกเขียนเพื่อตอบสนองต่อสังคมที่คาดหวัง
ให้เกิดบริการอย่างมีคุณภาพ ซึ่งพบว่าแนวทาง
(Guideline) การส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์ประสานการ
ส่งต่อฯ มีความชัดเจนในระดับหนึ่ง แต่พบว่า
บุคลากรที่ปฏิบัติงานยังไม่สามารถดำเนินงานได้
เต็มที่ เพราะยังมีปัญหาในด้านของการประสาน
ความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน และการไม่ทำตามแนวทาง
ที่กำหนด ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดกระบวนการที่สร้าง
ความสับสนและความไม่แน่ใจว่าแนวทางที่กำหนด
ขึ้นนั้นมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งต้องใช้เวลาใน
การประสานและทำความเข้าใจใหม่ที่ไม่เกิดผลดี
ต่อการรับส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนั้น อาจเป็นเรื่อง
ของเนื้อหาว่ายังมีขอบเขตของกิจกรรมหรือเนื้อ
งานที่มีขั้นตอนและรายละเอียดที่มากจนผู้
ให้บริการมีความรู้สึกว่าได้ทำงานหนักอยู่แล้ว ยัง
มีรายละเอียดให้มีการดำเนินงานเชิงคุณภาพมาก
ขึ้นก็ยิ่งเหนื่อยมากขึ้น⁽⁸⁾ ดังนั้น จึงมีความเห็นไป
ในทิศทางเดียวกันว่าจำนวนของบุคลากรในศูนย์
ประสานการส่งต่อยังมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะทำให้
การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี

5. ในด้านระบบข้อมูลที่เป็นนโยบายเขต
สุขภาพที่ 6 ที่มีเป้าหมายให้มีระบบตรวจสอบ
ข้อมูล (เตียง แพทย์ ห้องผ่าตัด) เพื่อรองรับการส่ง
ต่อนั้น พบว่า ระบบที่เกิดขึ้นมีเพียงข้อมูลที่ต้องใช้
การสอบถาม ซึ่งยังไม่มีมีความชัดเจนในด้าน
ความสามารถในการเข้าถึง และการตรวจสอบที่
เป็นลักษณะของความเป็นปัจจุบันของข้อมูล (Real
Time) ที่ทันทั่วทั้งผ่านระบบ online ทั้งนี้ ต้อง
จัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศพื้นฐานให้ทั่วถึง

เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก
รวดเร็ว สามารถเชื่อมโยงข้อมูล (On Line Real
Time) และมีความคล่องตัวในการสื่อสารข้อมูลใน
การส่งต่อผู้ป่วย⁽¹²⁾

สำหรับนโยบายที่ให้ศูนย์ประสานการส่ง
ต่อนำโปรแกรมไทยรีเฟอร์ (Thai Refer) มาเสริม
ระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพนั้น แม้จะพบว่า
โปรแกรม Thai Refer ที่เป็นระบบการจัดการ
ระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง
สถานพยาบาลจะมีความถูกต้องและตรงตามความ
ต้องการของผู้ใช้งาน มีความสามารถและสะดวกใน
การใช้งาน รวมถึงมีความปลอดภัยสูงอยู่ในระดับดี
มาก⁽¹³⁾ แต่จากการศึกษาที่พบว่า ในการนำมาใช้
งานในศูนย์ประสานการส่งต่อที่โรงพยาบาลมีการ
ใช้งานโปรแกรมการให้บริการที่หลากหลาย เช่น
โรงพยาบาลพระปกเกล้าใช้ PPK11 ที่เชื่อมต่อ
ข้อมูลไม่ได้กับโปรแกรม Thai Refer นั้น ได้ส่ง
กระทบเชิงลบต่อการทำงานของศูนย์ประสานการ
ส่งต่อ ที่ทำให้ต้องใช้เอกสาร บส.08 และโปรแกรม
Thai refer เป็นเครื่องมือในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกัน
ซึ่งเกิดความซ้ำซ้อน เพราะเจ้าหน้าที่ต้องบันทึก
ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการส่งต่อลงในระบบ
คอมพิวเตอร์จากนั้นทำการเขียนข้อมูลลงใน
แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยด้วย ทำให้มีความล่าช้า
ในการจัดทำเอกสารการส่งต่อ ข้อมูลในเอกสาร
การส่งต่อผู้ป่วยไม่ละเอียดเพียงพอในการรักษา
ผู้ป่วยต่อ ทำให้ต้องเสียเวลาซักประวัติผู้ป่วยใหม่
และทำให้กระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ตอบสนองต่อ
ความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง⁽¹¹⁾

6. ในด้านบุคลากรของศูนย์ประสานการ
ส่งต่อ ที่มีนโยบายกำหนดให้มีพยาบาลประจำหรือ
มีผู้รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมงนั้น ในการศึกษา
พบว่ายังไม่ชัดเจนในความหมายของคำว่า

“ประจำ” หรือ “มีผู้รับผิดชอบ” โดยอาจจะมีความสำคัญจากการตีความหมายที่มองเพียงการมีพยาบาลที่ทำหน้าที่ตามบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อเท่านั้น ไม่ได้มีความหมายของการมีพยาบาลประจำที่ทำหน้าที่เฉพาะบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อเท่านั้น ทั้งตลอด 24 ชั่วโมง จึงพบว่ามีเพียงพยาบาลที่ทำงานประจำ (ทำงานเฉพาะบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อ) ในช่วงเวรเช้า และหมุนเวียนพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ทำหน้าที่ในการประสานการส่งต่อผู้ป่วย ในช่วงเวรบ่ายและดึกแต่อย่างไรก็ตาม การกำหนดให้มีพยาบาลนั้นถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จ⁽⁸⁾ เนื่องจากลักษณะงานของศูนย์ประสานการส่งต่อต้องใช้สมรรถนะเชิงวิชาชีพด้านการแพทย์และการพยาบาลเป็นสำคัญ

บุคลากรประจำในศูนย์ประสานการส่งต่อทั้งหมดเป็นบุคลากรของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งโดยทั่วไปแม้ว่าจะมีความมุ่งมั่นตั้งใจและศรัทธาที่จะดูแลผู้ป่วย แต่หาบุคลากรมาปฏิบัติงานได้ยาก เนื่องจากงานในศูนย์ฯ มีแรงกดดันและมีโอกาสกระทบกระทั่งสูงซึ่งต้องมีความสามารถในการประสานงานและมีทักษะในการเจรจากับแพทย์และผู้บริหารระดับต่างๆ⁽¹⁰⁾ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้อง และทันสมัยเสริมสร้างประสบการณ์ และเจตคติให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾ ซึ่งแม้การศึกษานี้จะพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อจะมีสมรรถนะอยู่ในระดับดี แต่ในปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี และวิธีการใหม่ๆ อยู่เสมอ การได้มีการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ความชำนาญและให้ประสบการณ์ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิด

ความกระตือรือร้นอันเป็นผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽⁷⁾

ในด้านขวัญและกำลังใจนั้น พบว่าบุคลากรมีขวัญและกำลังใจไม่ดี ซึ่งพรทิพย์ วชิรดิolk (2559)⁽¹⁵⁾ พบว่าการขาดขวัญและกำลังใจมีปัญหามาจากความไม่สอดคล้องระหว่างภาระงานกับจำนวนบุคลากร การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน และการมีค่าตอบแทนน้อยแต่ความเสี่ยงสูง

7. รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด 4 M โดยในแต่ละด้านประกอบด้วยรายละเอียดและแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน (Coordinated networks) ในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล ที่รู้จักกันดีภายใต้แนวคิดแบบ “Hub and Spoke” ที่ต้องการให้เกิดการบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการภายใต้เหตุผลด้านคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลและการจัดการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม⁽¹⁰⁾ ซึ่งไม่พบในเขตสุขภาพที่ 8 (2558)⁽¹⁶⁾ ที่ได้แบ่งการจัดบริการของศูนย์ประสานการส่งต่อ ออกเป็นโรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1-F3 และ P ที่มีกิจกรรมในแต่ละระดับที่คล้ายคลึงกัน

โดยรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นนี้มีข้อดีคือ

1. ทำให้ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีความโดดเด่น รองรับการพัฒนา สามารถบรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้ได้
2. มีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละด้านที่ง่าย และเป็นที่ยึดเหนี่ยวในการปฏิบัติงานโดยทั่วไป
3. มีความยืดหยุ่นในการใช้งาน เพราะสามารถเลือกนำไปใช้ได้ในบางรายการเพื่อการพัฒนา รวมถึงมีความเป็นอิสระในการเพิ่ม ลด ปรับปรุง และแก้ไขกิจกรรม

เพื่อการพัฒนาได้ในโอกาสต่อไป ส่วนข้อจำกัดคือ 1. ยังไม่ได้ทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบ และการนำไปทดลองปฏิบัติ 2. การนำรูปแบบไปใช้ต้องพิจารณาเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความยากง่ายในหลายประการร่วมด้วย เช่น การที่ศูนย์ฯ ได้รับมอบหมายงานเพิ่มเติม ความพอเพียงและผลกระทบของบุคลากรโดยรวมของโรงพยาบาล รวมถึงภาระด้านงบประมาณที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้น การแยกโครงสร้างของศูนย์ออกมาจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องพิจารณาถึงผลกระทบกับมาตรฐานงานเดิม เช่น “งานอุบัติเหตุฉุกเฉินคุณภาพ” ที่กล่าวถึงการส่งต่อไว้ในมาตรฐานด้วย เป็นต้น 3. อาจนำไปสู่ความสับสนหรือความยุ่งยากในอนาคตได้ ถ้านโยบายการส่งต่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปรับระบบใหม่ เช่น ยกเลิกการใช้โปรแกรม Thai refer ไปสู่โปรแกรมอื่น เป็นต้น

ข้อสรุป

ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขต แม้ว่าจะสามารถบอกได้ถึงการเป็นเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) แต่ก็ยังเป็นเพียงการเชื่อมโยงไร้รอยต่อในเชิงโครงสร้างการส่งต่อเท่านั้น คือ โรงพยาบาลจังหวัดทุกจังหวัดสามารถส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตโดยไม่มีการปฏิเสธการส่งต่อ แต่ในเชิงกลไกการทำงานนั้น ยังไม่สามารถบอกได้ถึงการไร้รอยต่อที่ชัดเจน เพราะยังมีปัญหาในหลายด้าน เช่น ด้านการประสานงานการส่งต่อ เครื่องมือและข้อมูลการส่งต่อโดยเฉพาะการใช้งานโปรแกรม Thai Refer ที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ ด้านแนวทางการดำเนินงานที่ยังไม่เหมาะสมกับบริบทในบางจังหวัดที่กระทบกับระบบการส่งต่อโดยรวม เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสาน

การส่งต่อระดับเขตนี้จะเป็นตัวช่วยที่จะทำให้ภาพการบริหารจัดการและการดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับเขตมีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะสามารถลดรอยต่อในเชิงกลไกการทำงานที่กล่าวถึงได้

จากผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ

1. ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 6 ควรประกาศเป็นนโยบายในการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อไปปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยให้โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบ

2. คณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อระดับเขตสุขภาพที่ 6 ควร 1. เป็นกลไกในการผลักดันให้เกิดการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อไปปฏิบัติอย่างจริงจัง 2. สร้างกรอบมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อ โดยนำรูปแบบการบริหารจัดการเป็นปัจจัยนำเข้า โดยนำไปเป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาตามแผนบริการ (Service Plan) ระดับเขต 3. สร้างมาตรฐานย่อยในแต่ละรูปแบบ เช่น มาตรฐานการใช้เครื่องมือในการส่งต่อ เป็นต้น 4. ควรสร้างเกณฑ์การประเมินผลในเรื่องของการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อไปปฏิบัติ โดยนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัดในกระบวนการพัฒนาตามแผนบริการ (Service Plan) ให้เป็นรูปธรรม

3. ผู้บริหารของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีควรสนับสนุน ดังนี้ 1. กำหนดกรอบตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อ 2. ส่งเสริมการสร้างทีมในเครือข่ายพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้ทีมสร้างระบบ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายด้วยระบบ “พี่สอนน้อง” และ “เพื่อนช่วยเพื่อน”

3. จัดสรรงบประมาณการพัฒนาให้เพียงพอและเหมาะสม 4. ทบทวนระบบ/ขั้นตอน มาตรฐาน มาตรการ แนวทาง และกิจกรรมที่มีอยู่เดิม เพื่อวางระบบ ปรับเปลี่ยน แก้ไข และพัฒนางานให้ดีขึ้น 5. วิเคราะห์และหาแนวคิด/ทฤษฎีเพื่อพัฒนางานในแต่ละรายละเอียดของรูปแบบฯ เพิ่มเติม เช่น

การปรับปรุงแนวทางการส่งต่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่จังหวัดในเครือข่าย โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมโดยนำปัญหาความต้องการของแต่ละเครือข่ายมากำหนดแนวทางที่เหมาะสมร่วมกัน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Service plan. 2012 Nov 22; Bangkok, Centra by Centara Government Complex Hotel and Convention Centre, Chaeng Watthana. 2012.
2. Nakakul N. Seamless referral system and patient safety. Lampang: Lampang Hospital; 2013.
3. Taratep C, Boonjaiyai G, Nariukon S, Kongklinsukon Y, Munthangkul N. Service delivery system in Thailand: problems and lessons learned. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health; 2015.
4. Wongwiwat N. Information technology development for referral system by ThaiRefer program [Internet]. 2013 [Cite 2015 Dec 18]. Available from: <https://www.slideshare.net/nutortho/thai-refer>
5. Rayong Provincial Health Office. Annual report 2016. Chanthaburi: Chanthaburi Provincial Health Office; 2016.
6. Health Region 6. Annual health inspection report 2016. Ministry of Public Health; 2016.
7. Lertassawawiwat S. The administration of King Chulalongkorn memorial hospital effect on the attitudes towards the hospital's patients [dissertation]. Bangkok: Siam University; 2015.
8. Pitipornnarong P, Ua-anuwong S. The development of the referral system at Uttaradit hospital. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2013; 5(2):13-26.
9. Masena P, Nantiyakul P. The administration of hospital service quality in the ministry of public health. EAU Heritage Journal Social Science and Humanity 2014; 4(1): 88-101.
10. Boonyoung N. Nursing strategic planning. Thai Journal of Nursing Council 2010; 25(2): 18-27.

11. Woratanarat P, Woratanarat T. Serviced network system development and patient refer. Bangkok: Jarunsanitwong Printing, 2014.
12. Rojprasert S.The development of the referral system of hospital in region 2 [dissertation].
13. Pathumthani: ValayaAlongkornRajabhat University; 2013.
14. Kesvichit T, Mungsing S.The development of information management systemmodel for patient referral using Thairefer program. Journal of the Thai Medical Informatics Association 2015; 1(1): 51-8.
15. Tipsuntornsak N. Advance trauma and emergency care. KhonKaen: KhonKaen Hospital; 2010.
16. Wachiradilok P.Why don't patient in need call emergency medical service?.Songkha: Prince of Songkha University; 2016.
17. Health Region 8.Service Plan: Referral System 2015. UdonThani: R8way; 2015.

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชชนนครศรีธรรมราช

ธัญญา จิระพิบูลย์พันธ์ พย.ม.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชชนนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะสำคัญตามมาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงมีความสำคัญเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายและ ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ในครอบครัวชุมชน

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชชนนครศรีธรรมราชที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เทียบสัดส่วน จำนวน 396 คน เครื่องมือที่ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76 มีอายุระหว่าง 34-88 ปี อายุเฉลี่ย 63.59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.70 การศึกษาระดับประถมร้อยละ 88.10 มีรายได้ครอบครัวระหว่าง 600-5,000 บาท ร้อยละ 59.30 และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 63.60 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 91.90 ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 2.72 ปี โรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.48 ปี โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 1.95 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 54.50 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, S.D.=0.32) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.15$, S.D.=0.44) และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.74$, S.D.=0.41) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ ความเพียงพอของรายได้ และการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$, $r^2 = .46$) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 46.4

สรุป: ควรมีการพัฒนากระบวนการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คำนึงถึงผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย ส่งเสริมและหารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Factors Effecting Quality of Life of Non Communicable Disease Patients In Contracting Unit For Primary Care Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Abstract

Introduction: Non Communicable Disease, diabetes mellitus and hypertension are major health problem. The diseases are often associated with many complications resulting in decreased quality of life of patients.

Objective: This analytic study purposed to examine quality of life of levels of diabetes patients and hypertensive patients and the factors that can predict the quality of life of patients, so important to be used as a basic for planning for the development of patients services, promoted for self-care, cost reductions resulting from the complications, and can be brought patients back to life with quality in family and community.

Materials and Methods: The total of 396 samples were simple randomly selected to respond to the questionnaires. Study sample was recruited from public health centers in contracting unit for primary care (CUP) maharaj nakhon si thammarat hospital. The questionnaire was collected using WHOQOL-BREF-THAI. The data was analyzed and presented by frequency, percentage, mean standard deviation. Predictive factors of quality of life was analyzed by performing multiple regression procedure.

Result: Most of the sample was female (76%) with age of 34 – 88 years old, average age of 63.59 years. The major group of patients was married (70.70%), education levels was primary school (88.10%). Their monthly family income ranged from 600- 5,000 baths, most of them income was not enough (63.60%), and living with family (91.90%). The period of diabetes was 2.72 years, hypertension was 6.48 years, and both diabetes and hypertension was 1.95 years. Many patients cannot control diabetes mellitus and hypertension (54.50 %). Average score of quality of life of the patient was good levels (\bar{X} = 3.95, S.D.=0.32). With respect to perspective of quality of life, quality of life of the physical was the highest score (\bar{X} = 4.15, S.D.=0.44) and quality of life of the environment respect was the lowest score (\bar{X} = 3.74, S.D.=0.41) when comparing to all perspectives. Factors associated with the quality of life of diabetes and hypertension were age, enough income and performing exercise, at 0.05 level ($p < .05$, $r^2 = .46$). These 3 factors predicted the quality of life of diabetes and hypertension at 46.4%.

Conclusion: The author suggested that to improve quality of life included patients with diabetes mellitus and hypertension by to develop good caring in health center primary care, taking difference in aging, income and promote performing exercise could help the patient to increase quality of life.

Key Words: non communicable disease patient, diabetes mellitus patient, hypertension patient, quality of life

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำวิจัย

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยที่มากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระแสความเจริญของโลก ประกอบกับโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน⁽²⁾ จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานโลกปี 2558 พบว่า ณ ปัจจุบันสามารถพบผู้เป็นโรคเบาหวาน 1 คนจากจำนวนผู้ใหญ่ 11 คน และคาดการณ์พบผู้เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจากจำนวน 415 ล้านคน เป็น 642 ล้านคน ในปี พ.ศ.2583⁽³⁾ และประเทศไทยประสบปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเช่นเดียวกับประเทศอื่นทั่วโลก ที่มีอัตราการป่วยเป็นโรคเพิ่มขึ้น

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2555⁽⁴⁾ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงสุด คือพบผู้ป่วย 3,398,412 ราย อัตราความชุก 5,288.01 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือโรคเบาหวาน 1,799, 977 ราย อัตราความชุก 2,800.81 ต่อประชากรแสนคน อัตรา

ป่วยของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้น เพศหญิงมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน สูงกว่าเพศชาย และพบกลุ่มสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 2.08 เบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 26.94 เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมให้เกิดเป็นโรคเพิ่มมากขึ้น

โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคที่สูง และ มีความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระยะของการแฝงตัวนานก่อนการเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคในระยะแรกมักไม่มีอาการ คนจำนวนมากจึงเพิกเฉยและไม่จัดการกับปัญหาดังกล่าวตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้มีการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคมิมีการดำเนินไปมากแล้ว อีกทั้งระยะการดำเนินโรคที่ยาวนาน ดังนั้นการป้องกันควบคุมและการจัดการโรคต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากควบคุมอาการไม่ดีก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะสำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ หลอดเลือดสมอง ภาวะไตวายเรื้อรัง ตาบอด ความผิดปกติของเส้นประสาท ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นภาระต่อครอบครัว ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานต้องปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอในการควบคุมโรค ทั้งการรับประทานยา การควบคุม

อาหาร การออกกำลังกาย ต้องอาศัยการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อมผู้ที่สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยได้ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและการลดภาวะวิตกกังวลลงได้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น⁽⁵⁾ เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงและเบาหวาน นอกจากมุ่งหวังในการบำบัดรักษาอาการต่าง ๆ ตลอดจนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการที่จะให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวใกล้เคียงกับคนทั่วไปแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย เพราะชีวิต ที่มีค่า มีความสุข ไม่ได้ขึ้นอยู่กับชีวิตที่ยืนยาว แต่อยู่ที่คุณภาพหรือความสุข ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ แต่หากมีชีวิตที่มีคุณภาพและอายุยืนยาวด้วยคือสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาที่สุด

การจัดการโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ต้องดำเนินการทุกช่วงระยะของชีวิต ตั้งแต่ระยะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/เรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อน มีความพิการ ต้องใช้การบูรณาการและความร่วมมือของทีมชุมชนหลายภาคส่วน ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและผสมผสาน หน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมากที่สุด การพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์บริการ⁽⁶⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ซึ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้านที่ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยผิดไปจากปกติ การทำหน้าที่และบทบาทต่างๆในสังคม ผลกระทบของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย มีผลต่อความสุขสบายในชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และหากผู้ป่วยมีความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ก็จะเป็นภาระต่อบุตรหลาน ญาติ บุคคลในครอบครัว และชุมชนสังคมในการดูแลได้ นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีจำนวนเพิ่มขึ้นและเป็นโรคที่มีจำนวนผู้รับบริการเป็นลำดับต้นๆของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีการพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้บริการที่รพ.สต. เครือข่ายทุกแห่ง โดยแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยรับบริการใกล้บ้าน ได้รับการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเป็นแนวทาง

วางแผนพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เกิดความพึงพอใจ ในชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวชุมชนได้อย่างมีคุณภาพรวมทั้งคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา และการดำเนินงาน

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic Study) เพื่อ ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไม่น้อยกว่า 6 เดือนรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากข้อมูลรายงานโรคเรื้อรังระดับอำเภอ (แหล่งข้อมูลผู้ป่วยลงทะเบียนแฟ้ม Chronic สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช) มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รับผิดชอบ 12 ตำบล 23 รพ.สต.) ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 13,469 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีของยามาเน่ (Taro Yamane) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเทียบสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ข้อมูล

การเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือเบาหวาน ค่าระดับความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ แปลโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ⁽⁷⁾ ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดย คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 ข้อคำถามเป็นระดับคะแนน (Likert's scale) ระดับ1 (น้อยที่สุด) – 5 (มากที่สุด) การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ดำเนินการเก็บข้อมูลในวันคลินิกเรื้อรังของรพ.สต. ตั้งแต่เดือนกันยายน – ตุลาคม 2559 จำนวน 396 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมัครใจตอบแบบสอบถามและได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.0 (จำนวน 301 ราย) อายุต่ำสุด 34 ปี และสูงสุด 88 ปี ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 64.1 (จำนวน 254 ราย) ข้อมูลสถานภาพสมรสพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 70.7 (จำนวน 280 ราย) ข้อมูลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวนร้อยละ 88.1 (จำนวน 349 ราย) รายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระหว่าง 600 - 5,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 59.30 (จำนวน 235 คน) และพบว่ารายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 63.60 (จำนวน 252 คน) ลักษณะการอยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างอาศัยร่วมกับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 91.90 (จำนวน 364 ราย)

กลุ่มตัวอย่างเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 88.40 (จำนวน 350 คน) มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 11.6

(จำนวน 46 ราย) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไต ตา ซาปลายมือปลายเท้า สำหรับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 3 ครั้ง (ไม่เกิน 140 มก./ดล.) และระดับความดันโลหิต (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท) พบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 54.5 (จำนวน 216 ราย) และควบคุมโรคได้ร้อยละ 45.5 (จำนวน 180 ราย) การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 56.80 (จำนวน 225 ราย) มีการออกกำลังกายประจำ ร้อยละ 43.20 (จำนวน 171 ราย) การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ได้แก่ การเดิน การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.59 ปี (S.D. = 10.99) ซึ่งเป็นช่วงวัยสูงอายุ เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคเบาหวาน 2.72 ปี (S.D. = 4.72) ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.48 ปี (S.D. = 4.92) และเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 1.95 ปี (S.D. = 3.92)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	24.0
หญิง	301	76.0
สถานภาพสมรส		
สมรส	280	70.7
โสดแยก/หย่า/ม่าย/	116	29.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	349	88.1
อื่นๆ	47	11.9
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
600 – 5,000บาท	27	6.80
5,001 – 10,000 บาท	235	59.30
10,001 ขึ้นไป	92	23.20
	69	17.40
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวต่อเดือน		
เพียงพอ	144	36.40
ไม่เพียงพอ	252	63.60
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียวตามลำพัง	32	8.10
อยู่กับครอบครัว	364	91.90
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	350	88.40
มี	46	11.60
การควบคุมระดับน้ำตาลระดับความดันโลหิต/		
ควบคุมได้	180	45.5
ควบคุมไม่ได้	216	54.5
ออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	225	56.80
ออกกำลังกาย	171	43.20

คุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตรวมทุกด้านอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุดร้อยละ 79.5 (จำนวน 315 คน) รองลงมา คือ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.2 (จำนวน 80 คน) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, $S.D.=0.32$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ระดับมากทุกด้าน โดยด้านร่างกายมีคะแนนมากที่สุด ($\bar{X}=4.15$, $S.D.=0.44$) และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.74$, $S.D.=0.41$)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
(N=396)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตรวมทุกด้าน		
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	1	.3
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	80	20.2
คุณภาพชีวิตดี (96 - 130 คะแนน)	315	79.5

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเครือข่าย
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ภาพรวม(N=396)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วย	\bar{X}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	4.15	.44	มาก
2. ด้านจิตใจ	4.06	.39	มาก
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.03	.37	มาก
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.74	.41	มาก
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.95	.32	มาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่ามีค่าความสัมพันธ์อยู่ในช่วง .020 - .373 ($r=0.02 - 0.37$) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ อายุ

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ($r=0.66$) รองลงมา ได้แก่ การออกกำลังกาย ($r=0.24$) ความเพียงพอของรายได้ ($r=0.23$) การศึกษา ($r=0.164$) และ การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ($r=0.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

	อายุ	เพศ	การศึกษา	ความเพียงพอรายได้	การออกกำลังกาย	สถานภาพสมรส	การอาศัย	ระยะเวลาเป็น HT	ระยะเวลาเป็น DM	ระยะเวลาเป็น HT และ DM	ภาวะแทรกซ้อน	การควบคุม	คุณภาพชีวิต
อายุ	1	06.-2	-.258 **	139. **	-.133 **	-.298 **	-.103 *	.245 **	-.118 *	-.036	.096	-.145 **	-.373 **
เพศ		1	.086.-	.092.	.012.-	.167.- **	-.036	.054	.107*	.077	-	.062.-	.021
การศึกษา			1	-	.074	.013	.052	-	-.020	-.053	-	.053.	.164
				.047.				.158* *			.011		**
ความเพียงพอ รายได้				1	.019.-	.094.-	.012.-	.097.	.052.	.098.	-	.015.-	.230.- **
การออกกำลังกาย					1	-.044	.015	.060	-.002	.044	-	.028.	.240
											.030		**
สถานภาพสมรส						1	.318 **	-.085	.014	-.024	-	.092	.095
											.009		
การอาศัย							1	-.047	.033	.019	.021	-.029	.020
ระยะเวลาเป็น HT								1	.146 **	.391	.127	.008	-.072
										**	*		
ระยะเวลาเป็น DM									1	.787**	.073.	.246	.073
												**	
ระยะเวลาเป็น HT และ DM										1	.066	.289	.036
												**	
ภาวะแทรกซ้อน											1	.014	-.095
การควบคุม												1	.106*
คุณภาพชีวิต													1

* p< .05, ** p<.01

หลังจากหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมดแล้ว ตัวแปรทั้งหมดนี้ถูกนำมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอย แบบพหุคูณ โดยใช้วิธี Enter และเทคนิค Backward โดยการนำตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายระดับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงออกจากโมเดลครั้งละ 1 ตัว จนได้โมเดลที่เหมาะสมที่สุด (model fit) ที่มีอำนาจทำนายระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย

ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และปัจจัยอื่น ได้แก่การออกกำลังกาย ที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยทำนาย ประกอบด้วยอายุ ความเพียงพอของรายได้และการออกกำลังกาย มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($P < .05$, $r^2 = .46$) ปัจจัยทำนายทั้งหมดเหล่านี้ที่อยู่ในโมเดล สามารถทำนายผลลัพธ์ คือ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ที่ระดับร้อยละ 46.4

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Model	B	Standard error	Beta	t	Sig
Constant	114.719	3.849		29.802	.000
อายุ	-.227	.038	-.294	-6.042	.000
ความเพียงพอของรายได้	-3.009	.850	-.171	-3.540	.000
การออกกำลังกาย	3.252	.775	.190	4.197	.000

$P < .05$, $r^2 = .464$

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาคุนภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำแนกตามรายด้านของระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพทั่วไปและความเป็นอยู่ทั่วไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับมากทุกด้าน จึงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มากเช่นกัน ($\bar{X}=3.95$, $S.D.=0.32$) เนื่องจากเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2551 ภายใต้โครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อผู้ป่วยได้รับบริการ ใกล้บ้านใกล้ใจ โดยเริ่มจากระบบส่งผู้ป่วยที่มีอาการคงที่กลับรักษาที่ รพ.สต. พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา ระบบขอคำปรึกษาจากอายุรแพทย์ ทีมปฏิบัติงานได้แก่ แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ สหวิชาชีพ จาการพศ. มหาราชนครศรีธรรมราชร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. ส่งเสริมบูรณาการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตนอกเหนือผลลัพธ์ทางคลินิก และจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังรพ.สต. เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2559 พบมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 90.30 ประกอบกับสังคมเขตเมืองกึ่งชนบท ที่ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันในครอบครัวพ่อแม่ลูกหลาน และชุมชนเพื่อนบ้านที่

มักคุ้น การดูแลให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้า 100 ปี อยู่ในระดับค่อนข้างดี และการศึกษา ของ อิศวร ดวงจินดา⁽⁹⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในระดับมาก เช่นกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสรรค์ ทิบแก้วและ วงศา เลหาศิริวงศ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน⁽¹¹⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูง พบว่า อายุ ความเพียงพอของรายได้ และการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญซึ่งอภิปรายผล ได้ดังนี้

อายุ ผลการศึกษานี้พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยอายุที่มากขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากพัฒนาการของโรคภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค เมื่ออายุมากขึ้น อวัยวะทุกส่วนของร่างกายต้องเสื่อมด้วยตามกาลเวลา จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง ความสมบูรณ์

แข็งแรงของร่างกายลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และความสามารถในการทำงานลดลง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างไม่คล่องตัว รวมทั้งปัญหาอารมณ์ทางเพศและเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน⁽⁵⁾ และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า อายุผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾

ความเพียงพอของรายได้ พบว่า มีผลแตกต่างต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้ที่มีความเพียงพอของรายได้ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่ของการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอใช้จ่ายในครอบครัว รายได้เป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งหมายถึงการมีเงินหรือรายได้ ความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยความสะดวก ในการดำรงชีวิตได้แก่ อาหารที่มีประโยชน์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ การศึกษาของรัตนาวดี จุละวานนท์⁽¹³⁾ ที่พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี รายได้ที่สูงกว่า ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมืองทอง ของศิริินทิพย์ โคนันเทียน⁽⁸⁾ ที่พบว่า

รายได้ครอบครัวที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตต่างกัน และการศึกษาของ เสกสรรค์ ทีบแก้ว⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูธร จังหวัดกาฬสินธุ์

การออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาที ต่อวันและ 3 วันต่อสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากการออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เพิ่มความยืดหยุ่นของเส้นเลือด ลดความต้านทานของหลอดเลือด ปริมาณเลือดที่สูบฉีดแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นและระดับพลาสมาอินซูลินในพินลดลง โดยผลรวมทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยให้อารมณ์แจ่มใส สุขภาพจิตดี ลดความเครียด เพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิรยาวัชร ปรากฏผล และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การออกกำลังกายมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ต้องดำเนินการดูแลทุกช่วงระยะของชีวิต ตั้งแต่ระยะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/เรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อน มีความพิการ ต้องใช้การบูรณาการและความร่วมมือของทีมชุมชนหลายภาคส่วน ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและผสมผสาน หน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดและเข้าใจ

บริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมากที่สุด การพัฒนาระบบการจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์บริการ เนื่องจากการศึกษานี้พบว่าอายุ ความเพียงพอของรายได้และการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จึงควรมีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งเสริมการดูแลตนเองทั้งนี้คำนึงถึงผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย ส่งเสริมกระตุ้นและหารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ(สาขาโรคไม่ติดต่อ).แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [NCD]) [DM, HT, COPD, STROKE)]. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2556
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2558 ก.ค. 8] เข้าถึงได้จาก:www.thaihypertension.org.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 พ.ค. 18] เข้าถึงได้จาก: www.diabassocthai.irg.
4. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์ และ ภาควิชา จงพิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [เอกสารไม่ตีพิมพ์] สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2555
5. จินณพัฑฒ์ ธีระอภิศักดิ์กุล และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย.. คุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,2552;54(2):185-196.
6. จุรีพร คงประเสริฐ. [บรรณาธิการ]. แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ [โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง]ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)2558. นนทบุรี : สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2558.
7. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุลและคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง;2540.
8. ศิริทิพย์ โคนสันเทียะ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมือง ยางอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.2554;17(1),31-44.
9. อิศวร ดวงจินดา.(2558). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(6),1118-1126.
10. เสกสรร หีบแก้ว.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.2554;(1):4,22-36.
11. ปัญญาวีร ปรากฏผล,เยาวดี สุวรรณาคะและ อรุณี ไชยฤทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2558.
12. รัตนาวดี จุลยานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศิลปากร];2545.

การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

อุไรวรรณ พานทอง พย.ม.
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังซึ่งมี 6 องค์ประกอบคือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบการให้บริการ การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิก การปรับปรุงหน่วยบริการสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 30 รายระยะ 3 หรือ 4 เข้าร่วมในโปรแกรม ตั้งแต่ มกราคม ถึง มิถุนายน 2560 วิเคราะห์ผลของโปรแกรมก่อนและหลังการศึกษาจากคะแนนความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินิน อัตราการกรองของไต และระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสทอลิก และระดับค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินิน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้ที่มีระดับอัตราการกรองของไตลดลงมีระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น หลังเข้าโปรแกรม ระดับความรู้และทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดการโรคไตเรื้อรัง ในสถานบริการปฐมภูมิโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ : การจัดการโรคไตเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

Chronic kidney Disease Management with Chronic Care Model at Primary Care in Nakhon si thammarat Province

Uraiwan Pantong MNS..

MaharajNakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Quasi - Experimental Research, one Group Pretest - Posttest Design. To study the effects of CKD management program by using chronic care model. An intervention had to integrate all of the six areas of chronic care model: self-management support, decision support, delivery system design, clinical information systems, health care organization, and community resources. 30 Patients with CKD stage 3 or 4 were enrolled with in the program between January and June 2017. We analyzed the performance against clinical targets looking at a change in renal function, blood pressure control and the proportion of patients achieving of Self-Care Behavior prior to and following joining the program. The samples were significant improvements after 24 weeks, since systolic blood pressure decreased. They also increased significantly in perception, knowledge and skill in self-care behavior. Additionally, patients who had a decrease in eGFR before the program experienced a significant increase in eGFR.

These data suggest that CKD management in primary care based on chronic care model is an effective method for managing patients with CKD. The improvement in risk factors and reduction in the rate of decline of renal function have potentially significant health benefits for the patients and should result in cost effectiveness for the health care system.

Key word: Chronic kidney Disease self-Management ,Primary Care ,Chronic Care Model

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease [CKD]) คือการสูญเสียการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหลายเดือนหรือหลายปี⁽¹⁾ สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะการอักเสบที่ไต การอักเสบติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ การได้รับสารพิษหรือยาบางชนิด หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่การสูญเสียการทำงานของไต ทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดหรือการปลูกถ่ายไต การทำงานของไตที่ลดลงยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะการผิดปกติของสมดุลน้ำและเกลือแร่ ภาวะซีด ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถควบคุมและป้องกันได้ถ้าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นไปตามมาตรฐานโรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาระของระบบบริการสุขภาพทั่วโลกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนเปลี่ยนถ่ายไตในประเทศไทยใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านในชุมชนและได้รับการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติในสถานบริการปฐมภูมิ การให้การดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มต้น จะสามารถชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคและลดอัตราการตายลงได้ ระบบบริการเดิมที่เน้นรักษาผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะหน้า และการตัดสินใจทุกอย่างขึ้นกับแพทย์ ซึ่งอาจใช้ได้ดีในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เมื่อนำมาใช้กับกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคมชุมชน รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนาน ทำให้บุคลากรการแพทย์ต้องแบกรับภาระหนักขึ้น แม้มีความตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมแต่ขาดสภาพแวดล้อมสนับสนุนก็ปฏิบัติจริงได้ยาก บทบาทพยาบาลใน

ปฐมภูมิ นอกจากการใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตัวให้การดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model[CCM]) พัฒนาขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 โดย MacColl Institute for Healthcare Innovation ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัยนำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง รูปแบบการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลแบบโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁽²⁾ ซึ่งมีการจัดการตาม 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือการสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสุขภาพสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้⁽³⁾ คือ 1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation) 2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง 3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคไตเรื้อรัง 4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง 5) ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยมีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเป็นเกณฑ์เพื่อจัดการโรคในสถานบริการปฐมภูมิ (evidence-based guidelines) ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวันการออกแบบการให้บริการ (delivery system design) เป็นการปรับและเชื่อมโยงระบบบริการได้แก่ การคัดกรอง การส่ง

ต่อ ระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพ การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่น ถึงเวลาตรวจเลือด สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อยตามความเสี่ยง เพื่อวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้ สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมและระบบงานได้ในหน่วยบริการขนาดเล็กเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จัดระบบการเก็บข้อมูลในแฟ้มประจำครอบครัว และใช้ฐานข้อมูลโปรแกรม JHCIS มีการแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพผ่านโปรแกรมโซเชียลมีเดีย (Line) แก่ทีมสหวิชาชีพเพื่อปรึกษาหารือ หรือการนัดเตือนกับผู้ป่วย การปรับปรุงหน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Systems organization) ผู้นำในองค์กร มีการกำหนดการดูแลโรคเรื้อรัง อยู่ในวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร และการใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนเพื่อเอื้อต่อการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน (Community resource linkages) ได้แก่ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน เช่น การจัดสถานที่เพื่อการออกกำลังกายในชุมชน การตั้งทรัพยากรบุคคล เงินสนับสนุน หรือนโยบายสาธารณะของท้องถิ่นเพื่อดูแลสุขภาพคนในท้องถิ่นโดยใช้องค์ประกอบย่อยจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECC⁽⁴⁾) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีการจัดการดังนี้ 1) การวางมาตรการทางสังคม (Public policy) เช่นการสร้างธรรมนูญสุขภาพด้านการบริโภคเกลือ การควบคุมการใช้ผงชูรสในร้านอาหาร และควบคุมการขายขนมขบเคี้ยว

โรงเรียน การควบคุมการขายอาหารของรถเร่ในชุมชน 2) การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Supportive environment) 3) การให้คนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและกำหนดทิศทางการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนตามความต้องการของตนเอง (Strengthen community action) ทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนได้รับการสนับสนุนจากคนในพื้นที่มากขึ้น รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (productive interaction) จากเดิมที่มีช่องว่างระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับผู้ให้บริการทางการแพทย์รวมถึงพยาบาลในชุมชน จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง สามารถอธิบายผลลัพธ์ทางสุขภาพและตอบโจทย์การดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

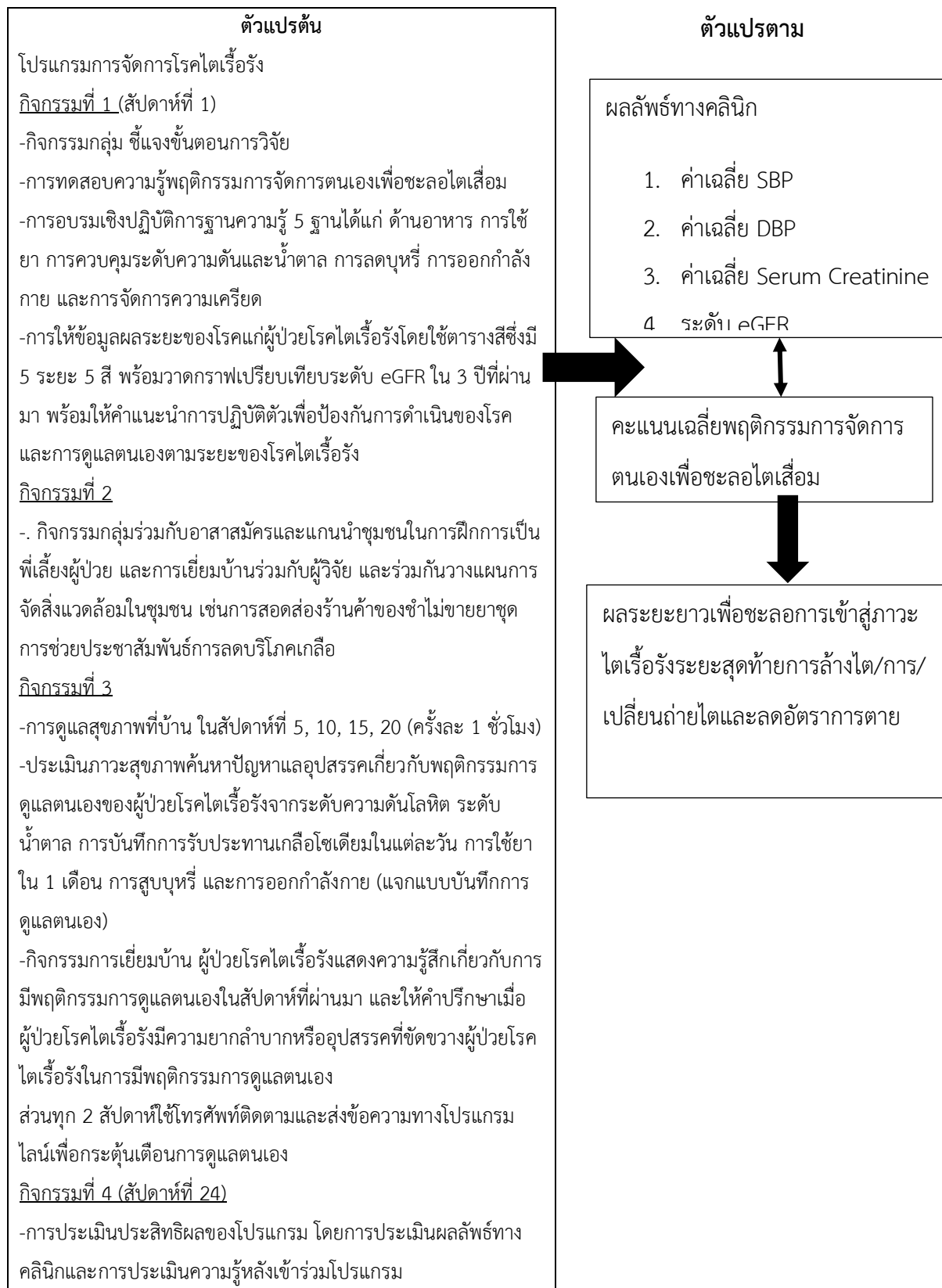
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิด

การดูแลโรคเรื้อรังประยุกต์โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model [CCM]) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านไม่ได้แยกจากกันแต่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของชุมชนและระบบบริการสุขภาพ การศึกษานี้ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งในด้านการสนับสนุนและการร่วมกิจกรรมการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผล ก่อน-หลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใน สัปดาห์ที่ 24



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง จำนวน 30 คน ในจำนวน 150 ราย ที่ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ⁽⁵⁾ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดงอย่างน้อย 1 ปี
- 2) อายุอยู่ในช่วง 20-70 ปี
- 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบประเมินความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของศิริลักษณ์ น้อยปาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

2) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) โดยการบูรณาการร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของแคนเฟอร์และแกลิกซ์-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys) ⁽⁶⁾ 2) แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 3) สมุดบันทึกและประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และ 5) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (powerpoint) ในการให้ความรู้ขณะสอนกลุ่ม 6) วงล้อเทียบสัปดาห์ของไตเรื้อรังและ แนะนำการปฏิบัติตัวในแต่ละระยะ เพื่อใช้สอนรายบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไต 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม 1 ท่าน จากการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) ได้ผลดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ตรวจสอบโดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้การคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือการตรวจผลลัพธ์ทางคลินิกในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ที่มีการตรวจสอบค่ามาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิตไม่เกิน 1 ปี ส่วนเครื่องมือวัดความดันโลหิตใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพการใช้งานของเครื่องจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สุราษฎร์ธานีไม่เกิน 1 ปีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องตรวจเครื่องเดียวกันและผู้ตรวจคนเดียวกันทุกครั้งตลอดโครงการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและภาวะไตวาย ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องการศึกษาก่อนการได้รับโปรแกรม หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่าง 30 คน จะได้รับความรู้รายกลุ่มในการอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3-4 ทุกคนในตำบลท่าเรือจำนวน 150 คน ผู้นำชุมชนและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล ในการเตรียมชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการจัดการชะลอภาวะไตเสื่อมในชุมชน และการเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยาอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด และการควบคุมน้ำหนักให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยในขั้นตอนนี้จะใช้องค์ประกอบการสนับสนุนการตัดสินใจจากทีมสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดและเภสัชกรเข้าร่วมทำกิจกรรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติและแนะนำคู่มือการพัฒนาพฤติกรรมตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด สัปดาห์ที่ 2-4 กลุ่มตัวอย่างจะกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่บ้านพร้อมกับการจดบันทึกประเมินตนเองลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผู้วิจัยและทีมเครือข่ายผู้ช่วยวิจัยจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและจัดการสนับสนุนการตัดสินใจใน

แผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 5,10,15,20 มีการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ทุกสัปดาห์ และผู้วิจัยจะนัดหมายวัน เวลาและสถานที่เพื่อพบผู้วิจัยรายบุคคล และรายกลุ่มเพื่อติดตามผลการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 และผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง 24 สัปดาห์

จริยธรรมในการวิจัย

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 08/2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับซีรัมครีเอตินิน (serum creatinine; Scr) และอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate; eGFR) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 24 ด้วยสถิติ Dependent หรือ Paired t-Test

ผลการศึกษา

1. จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า ด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 62 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.32 ปี

(SD = 8.01) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเป็นโรคไตเรื้อรัง 1-2 ปี ร้อยละ 58.8 ระยะเวลา 2-3 ปี ร้อยละ 16.2,ระยะมากกว่า 3 ปีร้อยละ 25 มีประวัติเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.5 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.5 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 16.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นภรรยาหรือสามีร้อยละ 58.0 บุตรร้อยละ 35.5 ญาติพี่น้องและอื่นๆร้อยละ 6.5 ตามลำดับมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 14.48 ปี (SD = 6.39) และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นโรคร่วมโดยเฉพาะโรคไขมันในเลือดสูง มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.39 กก./ม² กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78 มีน้ำหนักเกินอยู่ในเกณฑ์อ้วนมีค่าอัตราการกรองของไตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 54.55 มิลลิลิตรต่อนาที ซึ่งจัดอยู่ในระยะ

ไตเสื่อมระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 58 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไตร่วมด้วยได้แก่ การใช้ยาสมุนไพร/ยากลุ่มสเตียรอยด์ (ร้อยละ 35) และรับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 12)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.914, p < 0.01$) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Pair -t test

คะแนน	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Pair t test	p-value
พฤติกรรมกรการ	(n=30)		(n=30)			
ดูแลตนเอง	M	SD	M	SD		
	39.58	6.28	54.99	1.34	5.914	<0.01**

**p<0.01

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับซีรั่มครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองค่าเฉลี่ย

ผลลัพธ์ทางคลินิกแตกต่างจากก่อนการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้น ค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตาราง 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนเข้าโปรแกรม (n=30)		หลังเข้าโปรแกรม (n=30)		Pair t test	p-value
	M	SD	M	SD		
Systolic BP	146.40	11.68	136.35	10.25	2.852	<0.01**
Diastolic BP	77.60	9.65	74.45	7.02	1.828	0.124
Serum Creatinine	1.23	0.28	1.09	0.42	1.98	<0.05*
eGFR	53.24	14.25	58.78	14.28	4.252	<0.01**

*p<0.05**p<0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยคือส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย(2552) และส่วนใหญ่อยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 3⁽⁷⁾ โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถทำให้คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและความคุมอัตราการกรองของไตให้เพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเน้นองค์ประกอบการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองและการสนับสนุนการตัดสินใจ ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และ แกลิกค์บาย ซึ่งกระบวนการจัดการตนเอง เน้นการกำกับตนเอง สร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา และการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ทั้งเรื่องอาหารและเรื่องยา ส่งผลให้และระดับความดันโลหิตลดลงทำให้หลอดเลือดถูกทำลาย

ลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตดีขึ้น ซึ่งประเมินได้จากอัตราการกรองของไตที่เพิ่มขึ้น โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถช่วยควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกซึ่ง ได้แก่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับซีรัมครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 24 สัปดาห์ตามระยะเวลาการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดทำให้ไม่เห็นผลทางคลินิกบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากผลระดับความดันโลหิตไดแอสทอลิก ซึ่งผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษาผู้ป่วยหลายรายมีระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอหรือความเครียด นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว การใช้ยาแก้ปวดประเภทสเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคหรืออาหารเสริมบำรุงกำลังทำให้ไตต้องทำงานหนักในการกรองของเสียออกจากร่างกาย จึงทำให้ส่งเสริมการเสื่อมของกระบวนการกรองของไตอีกทางหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ในครั้งนี้ที่พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างบางรายยังปฏิบัติไม่ดีเท่าที่ควร คือการใช้อาหารเสริมโปรตีนสูง หรือการนำยาสมุนไพรมาใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันตามแผนการรักษาของแพทย์ และการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ได้มากที่สุด ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น การเสื่อมของอวัยวะตามอายุ ในคนปกติเมื่อเติบโตเจริญเต็มวัยแล้ว อัตราการกรองของไตจะค่อยๆ ลดลงปีละประมาณ 1 มิลลิตรต่อนาที⁽⁸⁾ หากอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะเกิดการเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น และผู้ป่วยบางรายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มานานกว่า 10 ปี จะพบว่า อัตราการกรองของไตลดลงเริ่มมีอาการไตเสื่อมประมาณ 30-35 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเกิดจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงไปทำลายหลอดเลือดที่จะไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ รวมทั้งไตด้วย⁽⁹⁾ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่ออัตราการกรองของไตที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจนนอกจากปัจจัยหลักสำคัญที่ได้กล่าวมาแล้ว

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) สามารถพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเป็นระบบครอบคลุมในทุกมิติ และสามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกให้ดีขึ้นได้หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในส่วนของท่านองค์กรมีความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ

จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนเรื่องการดูแลโรคไตเรื้อรัง โดยกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและมาตรการทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่นการควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชนเพราะบุหรี่ทำลายไตและเพิ่มระดับความดันโลหิต การสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการบริโภคเกลือ การจัดการควบคุมอาหารและยาในร้านค้าในชุมชน ส่วนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง ควรลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท โดยการรับประทานอาหารรสจืด ไม่เค็ม ออกกำลังกาย และรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ จะสามารถป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโรค หรือภาวะที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย เช่น รักษาการอักเสบที่ไต กำจัดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ รักษาโรคเก๊าท์หยุดยาที่ทำลายไต เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ที่การทำงานของไตลดลงมาก จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้รับประทานอาหารที่มีปริมาณโปรตีนต่ำกว่าปกติ เพราะการเผาผลาญโปรตีนจะทำให้ได้ของเสียเพิ่มขึ้นในร่างกายซึ่งไตจะต้องกำจัดออก ดังนั้นการกินโปรตีนสูงจึงเพิ่มภาระงานให้ไต นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับการตรวจเลือดและปัสสาวะเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการทำงานของไต และรักษาผลแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังหน่วยบริการสุขภาพควรมีการติดตามประเมินผลโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่อสม. และผู้ป่วยรวมถึงการ

จัดระบบบริการให้มีความต่อเนื่องด้านข้อมูล นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วย
เพื่อให้มีการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โรคไต

อ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.2555
2. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hospital Quarterly 2003; 7(1): 73-82
3. ศิริลักษณ์ น้อยปาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.2555
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Healthcare Quarterly. 2003 Nov 15;7(1).
5. Polit, D. F. & Beck, C. T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2012
6. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). Helping people change: A textbook of methods. w York: Pergamon. 1991; (pp. 305-360).
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: หจก. อรุณการพิมพ์. 2557
8. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตพิมพ์ครั้งที่ 1. 2009; ISBN 974-300-791-0
9. ปิ่นแก้ว กลายประยงค์, และ กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานีสิทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบัติ.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2551; 19(2), 49-59.

การศึกษาระบบบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียรใหญ่จังหวัดนครศรีธรรมราช

จิตสุภา ถาวร¹, เบญจรัตน์ ช่วยสงค์¹, พลพัฒน์ จันทรัตน์¹, พัทธกรณ์ ขจรวัฒนากุล²

นักศึกษาแพทย์¹, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ²
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาการจัดบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษา โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ ระยะเวลาการศึกษา วันที่ 18 กันยายน – 2 ตุลาคม 2560 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่รับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในระยะเวลา 18 กันยายน – 2 ตุลาคม 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการสังเกตจากการสาธิตการพ่นยา และการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และสรุปผล

ผลการศึกษา: พบว่า โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จ.นครศรีธรรมราชมีแนวทางการดูแลรักษา และป้องกันอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่การปฏิบัติจริงไม่ได้ใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง โรงพยาบาลมีการอบรมให้ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากร และมอบหมายงานให้กับสหวิชาชีพชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรทราบบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงานถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทุกปี และข้อมูลทุกตัวผ่านตัวชี้วัด แต่จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ามารับรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 และเป็นสาเหตุอันดับที่ 6 ของการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ในปี 2559 ด้านการจัดบริการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้น มีคลินิกฟัไอ (คลินิกเลิกบุหรี่) กรณีผู้ป่วยการเกิดหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน ให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยใน รวมทั้งมีหน่วยงานการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาด้านความรู้ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการป้องกันอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน ด้านพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง แต่พบว่ามีพฤติกรรมทางสังคมบางอย่างที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่การก่อกองไฟเพื่อเผาฟางข้าว ไล่ยุงเวลากลางคืน และจากการให้ผู้ป่วยทดลองพ่นยาจริงกลับ พบว่าจากผู้ป่วยทั้งหมด 16 คน มีผู้ป่วยจำนวน 10 คน ที่พ่นยายังไม่ถูกต้อง และไม่ได้พกพาพ่นฉุกเฉินติดตัว

Service system of COPD Clinic of ChianYai Hospital, Nakhon Si Thammarat

Benjarat Chuaysong, Jitsupa Tawara, Prukthinan Chantararat, Patcharaporn Khajornwattanakul
MaharajNakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Objective: The purposes of this research are (1) to study service management of COPD clinic of ChianYai Hospital, Nakhon Si Thammarat, and(2) to investigate knowledge and behaviors that resist the exacerbation of COPD patients of ChianYai Hospital, Nakhon Si Thammarat.

Materials and Methods: The research uses qualitative method. The research started from September 18th to October 2nd 2017. The sample used are (1)10 medical personnels who take care of COPD patients, and (2) 16 COPD patients, 18 years old and above, who take treatment at COPD clinic of ChianYai Hospital, Nakhon Si Thammarat during September 18th to October 2nd 2017, chosen using purposive sampling. The instruments used include: (1) the interview form of medical personnels and patients; and (2) the observation the bronchodilator reliever usage demonstration and medicine taking of patients.

Result: The findings reveal that ChianYai Hospital, Nakhon Si Thammarat provides methods of treatment and directions of preventing COPD exacerbation patientsbut the hospital does not take those methods and directions in typically practice. The hospital provides academic training and assigns responsibility roles for each sector. The information is reviewed annuallyand has reached all criteria but the statistics show that COPD patients is the largest number taking treatment asIPD and was the 6th ranking of emergency patient in 2016. There is COPD clinic , Fahsai clinic (stop smoking clinic), emergency room of COPD exacerbation patients, and also home visiting units. The study of knowledge and behaviors show that COPD patients know about causes and prevention of COPD exacerbation and behave in directions to prevent the disease but there are social activities that effect COPD exacerbation i.e. agricultural burning, mosquito incense. The พินยา demonstration showed that 10 patients did wrong process of Bronchodilator usage and did not bring reliever bronchodilator device with them.

(COPD = Chronic obstructive pulmonary disease)

ความเป็นมา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นผลมาจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด โดยทั่วไปมักหมายรวมถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) ลักษณะของโรคเป็น Progressive, not fully reversible¹ แต่สามารถควบคุมให้อาการสงบได้ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาล ในระดับโลก จากการศึกษาดูโดย BOLD (the burden of obstruction lung disease) ได้ประมาณการว่ามีผู้ป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่กว่า 384 ล้านคนทั่วโลกในปี 2555 และมีความชุกเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 11.7%

สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้จนถึงปี 2559 จำนวน 311,945 คน อีกทั้งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังใช้งบประมาณในการรักษาบริการสูง โดยใช้ต้นทุนทางตรงทั้งหมดของการเจ็บป่วย ในระยะเวลา 1 ปี รวมทั้งสิ้น 1,003 ล้านบาทในปี 2558 โดยอาการหายใจหอบเหนื่อยเฉียบพลัน (Acute exacerbation) เป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมารับบริการทางสุขภาพที่ห้องฉุกเฉิน ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ โดยเฉลี่ย 2-8 ครั้งต่อปี² เป็นสาเหตุของภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากสถิติของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในปี 2557-2560 อาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามารับ

รักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 และเป็นอันดับที่ 6 ของการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งในปัจจุบันทางโรงพยาบาลมีระบบการบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้ว แต่ยังมีอัตราการเกิดหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันสูง การศึกษาระบบบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและลดการเกิดอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันในอำเภอเชียรใหญ่

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการจัดระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

เครื่องมือและวิธีการศึกษา

การศึกษาโดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ ระยะเวลาการศึกษา วันที่ 18 กันยายน – 2 ตุลาคม 2560 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียรใหญ่จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ นายแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัดประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในระยะเวลา 18 กันยายน – 2 ตุลาคม 2560

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ด้านการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเด็นคำถามประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การมอบหมายงาน การอบรมให้ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากร การจัดการบริการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และการดูแลป้องกันการเกิดอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน การประเมินผล และข้อเสนอแนะต่อการจัดการบริการ

2. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเด็นคำถามประกอบด้วย การได้รับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน

3. การสังเกตจากการสาธิตการพ่นยา และการรับประทานยาของผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์และสรุปผล

ผลการศึกษา

1.การจัดระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จ.นครศรีธรรมราชพบว่า ด้านแนวทางในการดูแลรักษา โรงพยาบาลเชียรใหญ่มีแนวทางในการรักษาและป้องกันอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (CPG COPD with acute exacerbation) โดยยึดตาม Gold Guideline ฉบับปัจจุบันได้ปรับปรุงล่าสุดเมื่อพ.ศ.2558 ซึ่งโรงพยาบาลมีการชี้แจงและส่งแนวทางปฏิบัติดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรไปหน่วยต่างๆ แต่

พบว่าบุคลากรบางคนไม่ทราบและไม่ได้ปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติงานทุกคน

ด้านการมอบหมายงานทีมสหวิชาชีพ มีการมอบหมายงานให้กับสหวิชาชีพ อย่างชัดเจน เป็นโดยเป็นลายลักษณ์อักษร และจากการสัมภาษณ์พบว่าแต่ละฝ่ายทราบบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงานถูกต้องครบถ้วน แต่การนำไปปฏิบัติจริงอาจมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ด้านเวลาในการให้บริการมีน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น อุปกรณ์และสถานที่อาจยังไม่เอื้ออำนวย ทำให้ไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ทั้งหมด

ด้านการอบรมให้ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากร โรงพยาบาลส่งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นตัวแทนไปอบรมได้แก่ แพทย์ พยาบาลและนักกายภาพ และจะกลับมาแจ้งให้กับบุคลากรภายในองค์กรทราบโดยทั่วกันอีกครั้ง อีกทั้งยังมีการประชุมชี้แจงสรุปงานภายในโรงพยาบาลปีละ1ครั้ง แต่หากมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้น จะมีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญเพื่อชี้แจงข้อผิดพลาดและหารือ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดซ้ำ

ด้านการจัดการบริการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการใช้การทำ Spirometry เพื่อแยกผู้ป่วยโรคหอบหืดออกจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ Peak flow metry เพื่อประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาติดตามอาการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการสอนการหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่เข้ารับบริการที่คลินิก และมีการประเมินการออกกำลังกายฝึกสมรรถภาพปอดซ้ำทุก 3 เดือน

นอกจากมีคลินิกฟ้าใส (คลินิกเลิกบุหรี่) การบริการที่ห้องฉุกเฉิน การบริการที่แผนกผู้ป่วยใน การเยี่ยมบ้าน จากการศึกษาพบว่า การจัดบริการที่คลินิกฟ้าใดยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากการเลิกบุหรี่ขึ้นกับความสมัครใจของผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยความตั้งใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมาก มีการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนปีละ 1 ครั้ง โดยกระจายวัคซีนฉีดให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อผู้ป่วยได้รับบริการความสะดวกของมากขึ้น

การเยี่ยมบ้านพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่คิดว่าพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตมีผลต่อการเกิดอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน การเยี่ยมบ้านจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่โรงพยาบาลใช้ประเมินและบริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ด้านการติดตามและประเมินผล โรงพยาบาลเชียรใหญ่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายทุกปี โดยพบว่าตัวชี้วัดต่างๆ ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลสถิติโรงพยาบาลที่พบว่าอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เข้ามารับรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 และเป็นสาเหตุอันดับที่ 6 ของการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ในปี 2559

ส่วนข้อเสนอแนะ บุคลากรคิดว่าระบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลยังไม่เข้มข้นเท่าที่ควร ยังขาดสหวิชาชีพที่จะลงไปช่วยกันแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย และยังมีข้อจำกัดเรื่องยานพาหนะ เครื่องมือต่างๆ

2. ความรู้ และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การป้องกันอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่การรับประทานยาและพ่นยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ ทราบความสำคัญของการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ทำความสะอาดเครื่องเรือน และการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความไม่เครียดและพักผ่อนให้เพียงพอ รวมทั้งอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลด้านพฤติกรรมเพื่อป้องกันหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การเลิกบุหรี่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ควันไฟ ควันบุหรี่ การทำความสะอาดเครื่องนอนเป็นประจำ การดื่มน้ำอุ่นเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวสามารถขับออกได้ง่าย การรับประทานยาแก้ไอที่ได้รับจากโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ความไม่เครียดและพักผ่อนให้เพียงพอ การมาติดตามอาการตามนัด แต่พบว่ามีพฤติกรรมทางสังคมหลายอย่าง que ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนและแก้ไขได้ยาก ได้แก่การก่อไฟเพื่อเผาฟางข้าว ไกล่ยุ่งเวลากลางคืน จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ไม่มีแรงในการสูดยาพ่น และจากการให้แสดงสังเกตการปฏิบัติจริงกลับพบว่า จากผู้ป่วยทั้งหมด 16 คน มีผู้ป่วย 10 คน ที่แสดงวิธีการพ่นยายังไม่ถูกต้อง และไม่ได้พกพายาพ่นฉุกเฉินติดตัว อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่อาจจะจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปได้ไม่ครบถ้วน

สรุป

จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลเชียรใหญ่ มีการจัดระบบการบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างครบถ้วน ตามเกณฑ์มาตรฐาน COPD clinic ของกรมการแพทย์ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่เมื่อทดลอง ให้แสดงการปฏิบัติจริงกลับพบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถพ่นยาได้ถูกต้องเท่าที่ควร และมีปัจจัย สิ่งแวดล้อมและสังคมบางประการอาจเป็น ตัวกระตุ้นอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน ทำให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและใน แผนกผู้ป่วยยังสูงอยู่

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

เพื่อปรับปรุงการจัดระบบบริการ ผู้ศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้

1.ปรับปรุง CPG COPD with acute exacerbation ให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น จัดการ

ประชุมภายในกลุ่มงาน และระหว่างกลุ่มงานมากขึ้น เพื่อให้ทราบความเข้าใจที่ตรงกันในเรื่อง แนวทางปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.ปรับปรุงสถานที่จัดคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้เหมาะสมมากขึ้นเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานเพิ่มความตระหนักเรื่องความสำคัญของการพ่นยาฉุกเฉินติดตัว ย้ำวิธีการกินยาและพ่นยาอย่างสม่ำเสมอด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

3.สอนญาติของผู้ป่วยให้สามารถช่วย ทบทวนและตรวจสอบการพ่นยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและญาติสามารถบริหารจัดการยาได้เหมาะสมและถูกต้องที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

4.พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านให้ทั่วถึงและเป็นสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น

5.รณรงค์การเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานเพื่อการป้องกันโรคแบบเชิงรุก

เอกสารอ้างอิง

1. วัชร บุษวิสวัสดิ์. (2548). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. Fischer, M. J., Scharloo, M., Abbink, J. J., Thijs-Van, A., Rudolphus, A., Snoei, L., Weinman, J. A., & Kaptein, A. A. (2007). Participation and drop-out in pulmonary rehabilitation: A qualitative analysis of the patient's perspective. *Clinical Rehabilitation*, 21, 212-221.
3. Nici, L., Donner, C., Wouter, E., Zuwallack, R., Bourbeau, J., & Ambrosino, N. (2006). American thoracic society/ European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 173(12), 1390-1413.
4. McDonald, C. F. (2005). Shortness of breath: Is it chronic obstructive pulmonary disease. *Australian Family Physician*, 34(7), 541-544.

5. แพทย์หญิงธาริรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์.แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต].2555[เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://medinfo2.psu.ac.th/commed/web/pdf/5/copd.pdf>
6. แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์.ระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย COPD [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2560].เข้าถึงได้จาก:http://www.asthma.or.th/downloads/update_6-0-08-15/10.%20%E0%B8%9E%E0%B8%8D.%E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%A0%20%20%E0%B9%81%E0%B8%AA%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B1%E0%B8%93%E0%B8%AB%E0%B9%8C.pdf
7. Jassem, E., Kozielski, J., Gorecka, D., Krakowiak, P., Krajnik, M., & Słominski, J. M. (2010). Integrated care for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease, a new approach to organization. *PolskieArchiwumMedycynyWewnetrznej*, 120(10), 23-428.
8. กาญจนา สุขประเสริฐ. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
10. Monninkhof, E., van der Valk, P., van der Palen, J., Herwaarden, C., & Zielhuis, G. (2003). Effect of a comprehensive self-management programmers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory*, 22, 815-820.
11. ธัญชกร ช่วยทำ.ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้พฤติกรรมจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด[อินเทอร์เน็ต].2558 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/52921174.pdf
12. อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2542). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ. ขอนแก่น:โรงพิมพ์ศิริพรรณออฟเซ็ท.
13. ลัดดา จามพัฒน์. (2551). ผลของโภชนาการต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(2), 38-51.
14. อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2542). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ. ขอนแก่น:โรงพิมพ์ศิริพรรณออฟเซ็ท.

15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2014). Pocket guide to global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (update 2014). Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
16. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2549). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก<http://thaithoracic.or.th>
17. American Thoracic Society [ATS]. (1995). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 152, 77-120.
18. วราภรณ์ เพชรโก. (2552). ผลการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
19. สิรินาถ มีเจริญ. (2541). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
20. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2548). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
21. สิรินาถ ป้อมเย็น. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
22. ศุภลักษณ์ ปริญาวุฒิชัย. (2541). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
23. Connolly, M. A. (2004). Nursing management obstructive pulmonary disease. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problem (6 th ed., pp. 659-683). St. Louis: Missouri.
24. นพพร เชาวเจริญ. (2540). ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
25. กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2560 <https://hdcservice.moph.go.th>

ความเครียดและการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร

ปิยนุช กรูณา พย.บ.
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร

บทคัดย่อ

บทนำ: การเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องดูแลรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่คาดคิดมาก่อน การถูกแยกจาก เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียด เปรียบเทียบการจัดการความเครียดตามระดับความเครียด เปรียบเทียบความเครียดและการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หรือ หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และเคยเยี่ยมบุตรอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารักษาในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร จำนวน 50 ราย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยายและ สถิติ t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่าความเครียดโดยรวมของมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.27, SD=0.47) ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไป (ค่าเฉลี่ย=3.85, SD=0.48) และมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย=3.42, SD=0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย=2.97, SD=0.39) มารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และด้านการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรต่างกัน มีการจัดการความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบการจัดการความเครียดตามระดับความเครียด พบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุป: ความเครียดโดยรวมของมารดาหลังคลอด อยู่ในระดับมาก มีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ พยาบาลควรมีแนวทางลดความเครียดและส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: ความเครียด การจัดการความเครียด บุตรป่วย มารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย

Stress and Coping Mechanisms of Mothers Separated from Their Sick Babies During Postpartum Period in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Piyanuch Karuna, B.N.S.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: When sick newborn babies are separated after birth from their mothers, these new mothers endure stress during the post-partum period.

Objective : To study the stress levels and coping mechanisms of new mothers who've been separated from sick babies, analyzing how different coping mechanisms affect the level of stress experienced by mothers in this context and comparing coping mechanisms and stress levels

Materials and methods: The sample in this study is purposive sampling. During hospitalization in the Chalermprabame special ward at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, 50 mothers who had given birth to a sick baby were separated from their babies during the postpartum period. While these children remained in the hospital's neonatal patient ward, each mother visited her child at least once. The data was analyzed by using descriptive statistic, and a T-Test was employed to measure statistical significance ($P < 0.05$)

Results: The stress of new mothers separated from sick babies during post-partum period is, averagely, high. The result shows that mother's career is the strong factor related to the level of stress. The majority of study group managed their stress with rationality more than emotion. Marital status was found to be a factor associated with lever of stress. Moreover, the severity of sick babies led mother to solve the stress with different coping mechanisms.

Conclusion: The stress on new mothers separated from sick babies during post-partum period high. The issue here is the extent to which the mother uses reason, versus emotion, in order to cope with the stress from being separated from an ill newborn. Nurses should encourage mothers and help them relief their stress while being separated from their ill newborns.

Keywords: Stress, coping mechanisms, sick babies, mothers separated from their sick babies during postpartum period.

บทนำ

การเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคาม ชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่ คาดคิดมาก่อน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาเกิด ความเครียด กรณีที่มารดาหลังคลอดมีความผิดปกติ ทางอารมณ์ เช่น ความเครียด หรือวิตกกังวลมาก จะมีผลกระทบต่อการสร้างและการขับน้ำนมออกมา น้อยลง⁽¹⁾ จากการศึกษาความเครียดของมารดาเด็ก ป่วย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่าสาเหตุของ มารดาเด็กป่วยเกิดจากการรับรู้ การได้พบเห็น เหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ขณะบุตรเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่ง แบ่งเป็นหลายด้าน ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนแปลง บทบาทของบิดา มารดา ด้านการรักษาพยาบาลที่ บุตรได้รับ และด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ ใช้ในการรักษา⁽²⁾ และการศึกษาอื่นๆ⁽³⁻⁴⁾ นอกจากนี้ การขาดโอกาสใกล้ชิดบุตร การถูกแยกจากตั้งแต่ แรกเกิด อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ เป็นมารดา รู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลบุตรของ ตนเองได้ และไม่ได้แสดงบทบาทความเป็น มารดาอย่างเต็มที่⁽⁵⁾ ซึ่งการที่บิดามารดาไม่ สามารถทำตามบทบาทที่บิดามารดาต้องการเป็น สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน⁽⁶⁾ จึงเห็นได้ว่ การที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็น สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาได้อย่าง มาก และถ้าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินจะเป็นสิ่งที ก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าการเข้ารับการ รักษาที่มีการเตรียมไว้ล่วงหน้า⁽⁷⁾

จากสถิติหอผู้ป่วยพิเศษอาคารเฉลิมพระ บารมี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มี ทารกแรกเกิดป่วยที่ต้องแยกจากมารดาหลังคลอด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอ ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดในปี พ.ศ.2558 คิดเป็น ร้อยละ 14.45 จากจำนวนทารกแรกเกิด 1,045 ราย จากการศึกษา⁽²⁾ เกี่ยวกับความเครียดและ กลวิธีเผชิญความเครียดของบิดา มารดา ที่บุตร ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวช กรรม พบว่า ความเครียดของบิดา มารดา อยู่ใน ระดับปานกลาง โดยเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากที่สุด คือ พฤติกรรมของบุตร และกลวิธีเผชิญความเครียดที่ ค่าเฉลี่ยในการใช้สูงสุด คือ ด้านการประมวล เหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่ เพื่อจัดการต่อ ปัญหาได้ดีขึ้น และจากการศึกษา⁽⁸⁾ เกี่ยวกับ ความเครียดและความหวังของมารดาที่มีบุตรเป็น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือด ขาวและได้รับยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยความเครียด อยู่ในระดับมาก จากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร เป็นส่วนใหญ่และวิธีเผชิญความเครียดใช้แบบ มุ่งเน้น แก้ปัญหามากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์

ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรให้ ความสำคัญกับการศึกษาความเครียดและการ จัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยก จากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ใช้เป็นแนวทางการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ให้ การช่วยเหลือ ส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดปรับตัว สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมี ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
3. เพื่อเปรียบเทียบความเครียด และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำแนกตามจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นมารดาหลังคลอดหอผู้ป่วยพิเศษอาคารเฉลิมพระบารมี ที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 รายโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า

(Inclusion Criteria) เป็นมารดาหลังคลอดหอผู้ป่วยพิเศษอาคารเฉลิมพระบารมี ที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและเคยเยี่ยมบุตรอย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถอ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ซึ่งผู้ศึกษาค้นคว้าได้แก้ไขดัดแปลงมาจาก สุนันทาคเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ และ พรศิริ ใจสม⁽²⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดมีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม มีลักษณะของคำตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 4 (มาก) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 20 – 40 คะแนน ถือว่ามีความเครียดน้อย คะแนน 41 – 60 คะแนน ถือว่ามีเครียดปานกลาง และผู้ที่ตอบได้ 61 – 80 ถือว่า มีความเครียดมาก ได้ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความเครียด ผู้ศึกษาค้นคว้าดัดแปลงมาจากสุนันทาคเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาที่บุตรป่วยด้วย Down Syndrome ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาสซาร์ส และ โพล์คแมน⁽⁹⁾ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ และ แบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (ทุกครั้ง) ได้ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบบประเมินความเครียดและการจัดการความเครียดใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งการเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียด และการเปรียบเทียบคะแนนความเครียด การจัดการความเครียด จำแนกตามจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย ใช้สถิติ t-test (Independent Samples) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปร้อยละ 98 และมารดา

ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98 ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้าง ค้าขาย นักธุรกิจ แม่บ้าน ร้อยละ 76 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 82 สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล มีสิทธิเบิกได้ ประกันสังคม ร้อยละ 82 ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60 การรับรู้การเจ็บป่วยของบุตรรับรู้ว่ามีรุนแรงน้อยร้อยละ 58 มีบุตรป่วยเป็นครั้งแรก ร้อยละ 92

2. ความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย มีความเครียดโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก (ค่าเฉลี่ย = 3.27, SD = 0.47) และพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากปัญหาการทำหน้าที่ของมารดาที่เปลี่ยนแปลงไปมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 3.55, SD = 0.48) รองลงมาได้แก่ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร (ค่าเฉลี่ย = 3.50, SD = 0.60) และมารดาหลังคลอดมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 3.42, SD = 0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย = 2.97, SD = 0.39) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียด และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	Mean	SD	การแปลความหมาย
ความเครียดของมารดาหลังคลอด			
ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร	3.50	0.60	มาก
ความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไป	3.55	0.48	มาก
ความเครียดที่เกิดจากพฤติกรรมและการสื่อสารของพยาบาล	2.78	0.81	ปานกลาง
ความเครียดที่เกิดจากการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ	3.34	0.65	มาก
ความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยบุตร	3.11	0.78	มาก
ความเครียดของมารดาหลังคลอดโดยรวม	3.27	0.47	มาก
การจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอด			
การจัดการความเครียดมุ่งเน้นอารมณ์	2.97	0.39	ปานกลาง
การจัดการความเครียดมุ่งเน้นการแก้ปัญหา	3.42	0.47	มาก
การจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดโดยรวม	3.13	0.33	มาก

3. ค่าเฉลี่ยความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุน้อยกว่า 20 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษานับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป อาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจเอกชน แม่บ้าน มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน เบิกได้ ประกันสังคม ลักษณะครอบครัวเดี่ยว การรับรู้ ความเจ็บป่วยของบุตรที่รับรู้รุนแรงปานกลาง รุนแรงมาก บุตรป่วยตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยความเครียดสูง

4. วิธีการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอด ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีการจัดการความเครียดทั้งแบบมุ่งเน้นอารมณ์และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสูงกว่าผู้ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มารดาที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มี

การจัดการความเครียดมุ่งเน้นแก้ปัญหาสูงกว่าสถานภาพคู่ และมารดาหลังคลอดที่รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 30,000 บาท มีการจัดการความเครียด แบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสูงกว่าที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป และมารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วยตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีการจัดการความเครียดมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสูงกว่าที่มีบุตรป่วยครั้งแรก

5. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอด พบว่า มีการจัดการความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกัน

6. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดการจัดการความเครียด จำแนกตาม จำนวนครั้ง

การตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสคู่ และ สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีคะแนนความเครียดแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และมารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรที่ไม่รุนแรง รุนแรงน้อย และ รุนแรงปานกลาง รุนแรงมาก มีการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียด การจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เมื่อจำแนกตามจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย

การจำแนก	n	ความเครียด				การจัดการความเครียด			
		Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์									
ครรภ์แรก	20	3.33	0.41	.411	.683	3.15	0.33	.393	.696
ครรภ์หลัง	30	3.24	0.52			3.11	0.33		
อายุ									
น้อยกว่า 20 ปี	1	3.30	.00	.072	.943	3.50	.00	1.161	.252
ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป	49	3.27	0.48			3.12	0.33		
สถานภาพสมรส									
คู่	49	3.29	0.45	2.377	.022	3.13	0.33	.076	.939
หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	1	2.20	.00			3.10	.00		
ระดับการศึกษา									
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	3.11	0.12	-1.736	.089	3.13	0.35	.134	.894
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	32	3.35	0.80			3.12	0.32		
อาชีพ									
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ เอกชน	12	3.35	0.49	-.700	.487	3.13	0.33	.00	1.000
อื่นๆ	38	3.24	0.47			3.13	0.33		

การจำแนก	n	ความเครียด				การจัดการความเครียด			
		Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value
รายได้ของครอบครัว									
ต่ำกว่า 30,000 บาท	41	3.29	0.47	613.	.543	3.17	0.30	1.935	.059
ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	9	3.18	0.50			2.94	0.41		
ลักษณะครอบครัว									
ครอบครัวเดี่ยว	28	3.29	0.44	.388	.699	3.06	0.35	-1.590	.118
ครอบครัวขยาย	22	3.24	0.53			3.21	0.28		
การรับรู้ความเจ็บป่วยของบุตร									
ไม่รุนแรง/รุนแรงน้อย	29	3.29	0.43	.381	.705	3.21	0.30	2.104	.041
รุนแรงปานกลาง/รุนแรงมาก	21	3.24	0.54			3.01	0.33		
จำนวนครั้งการมีบุตรป่วย									
ครั้งแรก	46	3.25	0.49	-.751	.456	3.12	0.33	-.394	.695
ตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป	4	3.44	0.23			3.19	0.26		

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.27, SD = 0.47) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากปัญหาการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไปมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 3.55, SD = 0.48)

โดยมารดาหลังคลอดมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 3.42, SD = 0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย=2.97, SD = 0.39) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอด พบว่า มีการจัดการความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกัน และพบว่าตัวแปรด้านสถานภาพสมรสต่างกันมีคะแนน

ความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และด้านการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรที่ต่างกัน มีการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม เพื่อปรับตัวรับบทบาทหน้าที่ใหม่ของมารดาหลังคลอดต่อการมีสมาชิกใหม่ระยะแรกหลังคลอดอาจปรับตัวค่อนข้างยากและตึงเครียดด้านจิตใจ ทั้งปัญหาการเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาเกิดความเครียด มณีภรณ์ โสมานุสร⁽¹⁾ นอกจากนี้ การขาดโอกาส

ใกล้ชิดบุตร การถูกแยกจากตั้งแต่แรกเกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ทำให้มารดารู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลบุตรของตนเองได้ และไม่ได้แสดงบทบาทความเป็นมารดาอย่างเต็มที่⁽⁵⁾ ซึ่งการที่มารดาไม่สามารถทำตามบทบาทที่มารดาต้องการเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้⁽⁶⁾ พยาบาลหลังคลอดควรให้ข้อมูลเพื่อให้มารดามีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นวิธีการลดความวิตกกังวลและเป็นสิ่งแรกที่ควรทำ⁽¹⁰⁾ และพบว่ามารดาหลังคลอดมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 3.42, SD = 0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย = 2.97, SD = 0.39) และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดโดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยสูง ซึ่งแสดงว่ามารดาหลังคลอดจัดการกับสิ่งที่ก่อความเครียดโดยตรง ได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การคิดหาวิธีแก้ไข การเผชิญและการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการขอความช่วยเหลือ ขอคำแนะนำจากผู้อื่นมากกว่าการจัดการมุ่งเน้นอารมณ์ที่พยายามลดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นและใช้กลไกทางจิต⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับสุณัฏฐา คเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความเครียดและความหวังของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับการตรวจของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามีค่าเฉลี่ยความเครียดของมารดาอยู่ในระดับมาก และมีวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์และการศึกษาของบุษบา บุญกระโทก และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความเครียดและพฤติกรรมของมารดาที่มีบุตรตัวเหลือง ซึ่งได้รับการส่องไฟรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 96 ราย พบว่า มารดามีพฤติกรรมการเผชิญ

ความเครียดทั้งสองด้านผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา มากกว่า การจัดการกับอารมณ์

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอด พบว่า มีการจัดการความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากการดาหลังคลอดต้องการทำทุกอย่างเพื่อบุตรที่เจ็บป่วย แม้จะมีความเครียดมากหรือน้อยเพียงใด ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียดการจัดการความเครียด จำแนกตาม จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรู้แรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสคู่ และ สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจเกิดจากมารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคู่ชีวิตอยู่ดูแลใกล้ชิดและคอยปรับทุกข์ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ คอยสนับสนุนเป็นการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ช่วยให้ผู้มารดาหลังคลอดเผชิญความเครียดได้ดีกว่ามารดาหลังคลอด ที่ต้องเผชิญความเครียดเพียงลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณัฏฐา คเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ พบว่าการเปรียบเทียบสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีการจัดการความเครียดแตกต่างกัน และพบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรู้แรงการเจ็บป่วยของบุตรที่ไม่รุนแรง รุนแรงน้อย และ รุนแรงปานกลาง รุนแรงมาก มีการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจเกิดจากเมื่อบุตรป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเหตุการณ์

ทันทีทันใด ไม่ได้เตรียมใจมาก่อนและการไม่ทราบถึงความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรย่อมส่งผลทำให้มารดาหลังคลอด เกิดความเครียด ตกใจ หรือเสียใจ กลัวสูญเสียบุตร แต่เมื่อทราบถึงระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร ย่อมเกิดการปรับตัวหาวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ Lazarus & Folkman⁽⁹⁾ กล่าวว่าหากมีความเชื่อมั่นต่อตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาเมื่อบุคคลประเมินตนเองว่าตนเองสามารถควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ได้ รับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถจัดการแก้ไขได้ เลือก

วิธีการจัดการปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน สนับสนุนความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือมารดา ซึ่งพยาบาลอาจต้องพัฒนารูปแบบความช่วยเหลือมารดาหลากหลายวิธี ควรมีแนวทางลดความเครียดและส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด โดยคำนึงถึงความต้องการของมารดาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ .บรรณธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2 . นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ;2553.
2. พรศิริ ใจสม.ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตร์]. มหาวิทยาลัยศิลปากร. มหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
3. เกศรา เสนางาม , ศรีกัลยา ภิญโญโสโมสร , พิกุลรัตน์ วงศ์พาณิชย์ ,สุรรัตน์ อ่องสกุล .ปัจจัยทำนายความเครียดและการจัดการความเครียดของบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก .รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2550.
4. Seideman RY ,Watson MA , Corff KE,Odle P, Haase I,Bowerman J.L.Parent Stress and Coping in NICU and PICU . Journal of Pediatric Nursing1997;12(3):169-177.
5. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstrom AL. Mothers' experiences of having their newborn child in neonatal intensive care unit .Scand J Caring Sci 2006;20(1):35-41.
6. Kasper JW, Nyamathi AM. Parents of children in the pediatric intensive care unit : What are their need? The Journal of critical care heart and Lung 1988;17(5):574-581.
7. Tackett JM . ,Hunsberger M .Family – Centered Care of Children and adolescents : Nursing concepts in childheatt . Philadelphia : W.B.Saunders ;1987 .
8. สุนันดา คชนทร์ชัย.ความเครียด วิธีเผชิญความเครียดและความหวังของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต].สาขาวิชาจิตวิทยาการให้ คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย.มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.

9. Lazarus, R.S, Folkman S . Stress , Appraisal and Coping . New York: Springer Publishing Company;1984.
10. Louise RS. editor. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing.Florida:Wolters Kluwer;2005.
11. บุชบา บุญกระโทก , รัตนา รongทองกุล , ศรินารถ ศรีกาญจนเพริศ ,สุนทรี น้ำใจทหาร .ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญของมารดาที่มีบุตรตัวเหลืองซึ่งได้รับการส่งไฟรรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [เทอร์เน็ต].2550[เข้าถึงเมื่อ1มี.ค.2559].เข้าถึงได้จาก:<http://www.smi.einal.com/e-journal/showdetail/?show detail=T&art id=1239>

การใช้เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากโรคเลปโตสไปโรซิส:**รายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช**

กมล โฆษิตรังสิกุล, เฉลิมพล ณ เพ็ชรวิจารณ์ พ.บ., ว.ว.อายุรศาสตร์โรคไต

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในประเทศไทยการบำบัดทดแทนไตเองก็มีความหลากหลายขึ้นกับประสิทธิภาพของสถาบันที่รักษาและทรัพยากรที่มีการบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) ก็มีไม่เพียงพอในทุกโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยการล้างไตทางหน้าท้องจึงเป็นอีกทางเลือกสำหรับการรักษาผู้ป่วยทางโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จึงขอเสนอประสบการณ์ผู้ป่วยรายแรกที่มีการผ่าตัดล้างไตทางหน้าท้องด้วย เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ ข้างเดียวโดยวิธีชลวดนำ (Seldinger technique) โดยอายุรแพทย์โรคไตทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตและฟื้นตัวโดยไม่มีภาวะไตวายที่ต้องล้างไตต่อเนื่องและได้รับการผ่าตัดเอาสายล้างไตออกในท้ายที่สุด

คำสำคัญ: เลปโตสไปโรซิส, ภาวะไตวายเฉียบพลัน, การล้างไตทางหน้าท้อง, เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ, สายล้างช่องท้อง, การใส่สายล้างไตทางช่องท้องโดยวิธีชลวดนำ

Acute Peritoneal Dialysis with Cyclor in Leptospirosis: First Case Experience in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Kamol Khositrangsikun MD., Chalernpol Na Petvicharn MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Leptospirosis is an important cause of acute kidney injury in Thailand, the dialysis modalities is variety up to institute experiences and resources. CRRT are not available in every part of the country and peritoneal dialysis is an option for some patient. We present a first case of cyclor use for acute peritoneal dialysis in-patient with Leptospirosis and Weil's syndrome in tertiary care hospital with bedside Tenckhoff catheter insertion (Modified Seldinger Technique) by nephrologist. Resulting in recovery from acute kidney injury and non-dialysis dependent with catheter removal at the end of therapy.

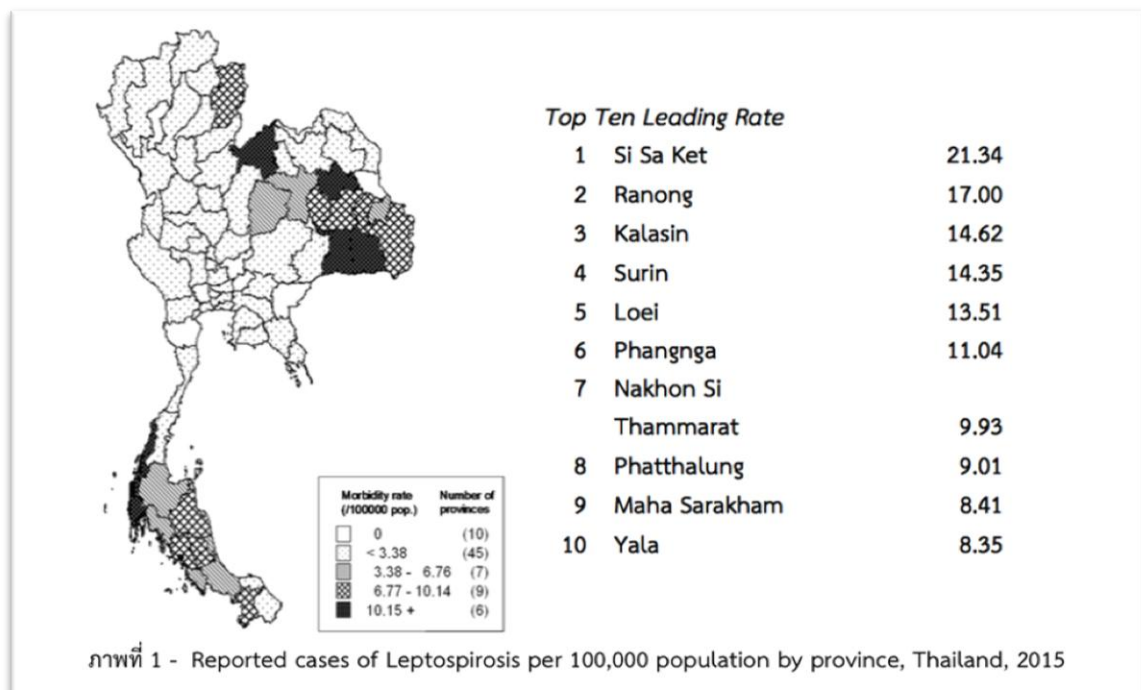
Key Words: Leptospirosis, Weil's syndrome, Acute kidney injury, Peritoneal dialysis, Cyclor automated PD, Tenckhoff catheter, Modified Seldinger technique

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) พบมากในโรคเขตร้อนและยังเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย⁽¹⁾ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสจากเกือบทุกจังหวัดทั่วประเทศพบผู้ป่วยจำนวน 2,211 ราย เสียชีวิต 55 ราย อัตราป่วย 3.38 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.08 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 2.49 จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ป่วย คิดเป็นอัตราส่วน 9.93 รายต่อ 100,000 ประชากร นับว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูง เป็นอันดับ 7 ของประเทศไทยดังภาพที่ 1⁽²⁾

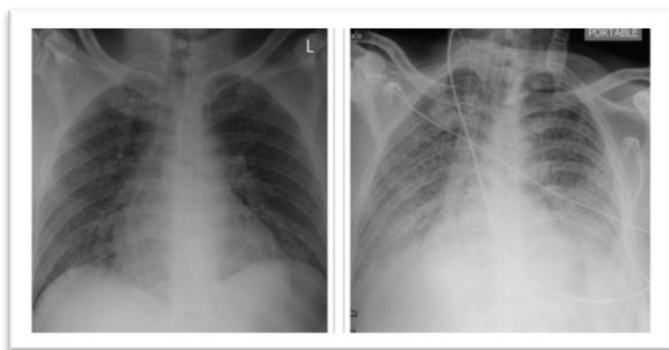
นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส ยังสามารถพบภาวะไตวาย ในผู้ป่วยซึ่งมีอาการแสดงต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย จึงทำให้มีวิธีการรักษาตามความจำเป็นของอาการต่างกันไป เช่น การรักษา

ประคับประคองตามอาการ การให้สารน้ำบำบัด หรือ จำเป็นต้องได้รับการรักษา ด้วยการบำบัดทดแทนไตซึ่งมีการเลือกรักษาหลายวิธีตั้งแต่การฟอกเลือดด้วยเครื่องล้างไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) การฟอกเลือดแบบยี่ดะยะเวลา (SLEDD) การฟอกเลือดแบบปกติ (Conventional Hemodialysis) หรือการล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal Dialysis) -โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจึงได้มีการนำเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Cycler, Automated PD, APD) มาใช้รักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้มีการนำของเสียออกจากร่างกายอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา 24 ชั่วโมงและทำงานทดแทนไตระหว่างที่รอผู้ป่วยพ้นจากอาการไตวายเฉียบพลัน



รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี อาชีพเกษตรกร ภูมิลาเนาเดิม จังหวัดอุดรธานี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ ไข้ 5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตัว เหลืองตาเหลืองปัสสาวะออกน้อยลง สัญญาณชีพ พบ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 °C ชีพจร 122 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายแรกได้รับรู้ตัวดีตา เหลืองระบบหายใจไม่ได้ยินเสียงผิดปกติไม่พบ ระบบต่อมน้ำเหลืองโตและม้ามคลำไม่ได้ ต่อมาพบว่าผู้ป่วยซึมลงมีระบบหายใจล้มเหลวได้รับการรักษาโดยใส่เครื่องช่วยหายใจประมินสารน้ำในร่างกายด้วย Central line และรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตและได้เริ่มการรักษาด้วยยากระตุ้นหัวใจ (Norepinephrine) และปรับขนาดตามอาการผู้ป่วย และได้ มีการถ่ายภาพ X-Ray ทรวงอกดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 - ภาพถ่ายรังสีปอดในวันที่ 1 และ 2 ของการรับไว้ในโรงพยาบาล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC:Hb 12gm/dL,Hct 35.2 %, WBC 13,500 cells/cu.mm.(N 86%, L 9%) Platelet 18,000 cells/cu.mm. Blood chemistry แรกรับวันที่ 1 ของการรับไว้ในโรงพยาบาล พบ Blood Sugar 107 mg/dL, BUN 72 mg/dL, Creatinine

7.00 mg/dL, Na^+ 131mEq/L , K^+ 3.9mEq/L, Cl^- 90mEq/L, HCO_3^- 15.9mEq/L Liver Function Test: Cholesterol 109 mg/dL, Total Protein 6.3 g/dL, Albumin 2.4 g/dL, Globulin 3.9 g/dL, Total Bilirubin 10.07 mg/dL, Direct Bilirubin 9.46 mg/dL, AST 47 U/L, ALT 44 U/L, Alkaline phosphatase 70 U/L

หลังจากที่พบสภาวะไตวายและตัวเหลืองตาเหลือง (Weil's disease) จึงให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD การวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสทำโดยกระบวนการวิธี MAT พบผลเป็นบวกและตรวจติดตามผลเลือดการทำงานของไต พบว่า BUN 83 mg/dL, Creatinine 7.62 mg/dL, Na^+ 135mEq/L, K^+ 5.7 mEq/L, Cl^- 92mEq/L, HCO_3^- 15.3mEq/L หลังจากรับไว้ในหอผู้ป่วยได้หนึ่งวัน ในวันที่สองผู้ป่วยมีระบบหายใจล้มเหลว และได้เจาะตรวจแก๊สในเลือด พบว่า Arterial Blood Gas pH 7.063, pCO_2 58.9 mmHg, pO_2 102 mmHg, HCO_3^- 16mEq/L, SO_2 96.3 % (FiO_2 1.0) Lactate 42.5 mg/dL (4.5–19.8) และปัสสาวะเริ่มออกน้อยลงภายหลังการให้สารน้ำและยาขับปัสสาวะตามความต้องการแล้วยังพบว่ามีภาวะของเสียในเลือดเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมาจึงได้ตัดสินใจให้เริ่มการบำบัดทดแทนไตโดยใช้การใส่สายล้างไตทางหน้าท้องในหอผู้ป่วยวิกฤต (Modified Seldinger Technique)⁽³⁾ Dialysis prescription⁽⁴⁾ สำหรับการล้างไตทางหน้าท้องในช่วงแรก ใช้น้ำยา ล้างไต 4.25 % Dextrose ปริมาณ 2 ลิตรต่อรอบ รวม 20 รอบ ต่อวันในช่วงแรก (40 ลิตรต่อวัน) เพื่อต้องการดึงน้ำออกจากร่างกายผู้ป่วยในเวลาสั้น เพื่อทำให้ปอดดีขึ้น และเมื่ออาการคงที่ที่ได้รับการปรับลดขนาดน้ำยาล้างไต เหลือ 10รอบ รวม 20 ลิตร ต่อวัน

ต่อมาเมื่อผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ได้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและไปทำการล้างไต ด้วยเครื่องต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ และติดตามผลเลือด พบว่าค่าของเสียในเลือดลดลง BUN 37 mg/dL, Creatinine 3.67 mg/dL, Na^+ 132mEq/L, K^+ 3.2mEq/L, Cl^- 96mEq/L, HCO_3^- 21mEq/L Liver Function Test: Cholesterol 272 mg/dL, Total Protein 8.2 g/dL, Albumin 3.5 g/dL, Globulin 4.7 g/dL, Total Bilirubin 1.67 mg/dL, Direct Bilirubin 1.36 mg/dL, AST 54 U/L, ALT 96 U/L, Alkaline phosphatase 139 U/L จึงทำการหยุดการล้างไต แล้วจำหน่ายกลับบ้านพร้อมสายล้างไตทางหน้าท้อง และสอนการทำแผลที่บ้าน จากนั้นได้นัดมาติดตามผลเลือด การทำงานของไตและพบว่าการทำงานของไต และตับ อยู่ในเกณฑ์ปกติ BUN 23 mg/dL, Creatinine 1.58 mg/dL, Na^+ 137 mEq/L, K^+ 4.2mEq/L, Cl^- 96mEq/L, HCO_3^- 20mEq/L Liver Function Test: Cholesterol 258 mg/dL, Total Protein 8 g/dL, Albumin 3.9 g/dL, Globulin 4.1 g/dL, Total Bilirubin 0.97 mg/dL, Direct Bilirubin 0.81 mg/dL, AST 59 U/L, ALT 115 U/L, Alkaline phosphatase 134 U/L ในส่วนของการใส่สายล้างไตทางหน้าท้องพบว่าสามารถใส่น้ำยาล้างไตเข้าในช่องท้องได้ดี แต่ไม่สามารถปล่อยน้ำยาออกได้ตามปกติและการเอาสายเดิมออกในภาวะผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องล้างไตทางหน้าท้องต่ออาจทำให้เกิดภาวะน้ำยารั่วซึมออกจากแผลที่ใส่สายได้จึงได้คาสายเดิมไว้ก่อนและได้ใส่สายเส้นใหม่ในตำแหน่งที่สูงขึ้นจากเดิมดังภาพที่ 3 เพื่อเป็นช่องทางการใส่น้ำยาล้างไตจึงทำให้สามารถล้างไตทางช่องท้องได้ต่อเนื่องรวมระยะเวลาที่รับ ไว้ในอนโรพยาบาล จนจำหน่ายรวม 26 วัน



ภาพที่ 3 - ลักษณะการวางสายล้างไตทางหน้าท้อง

วิจารณ์

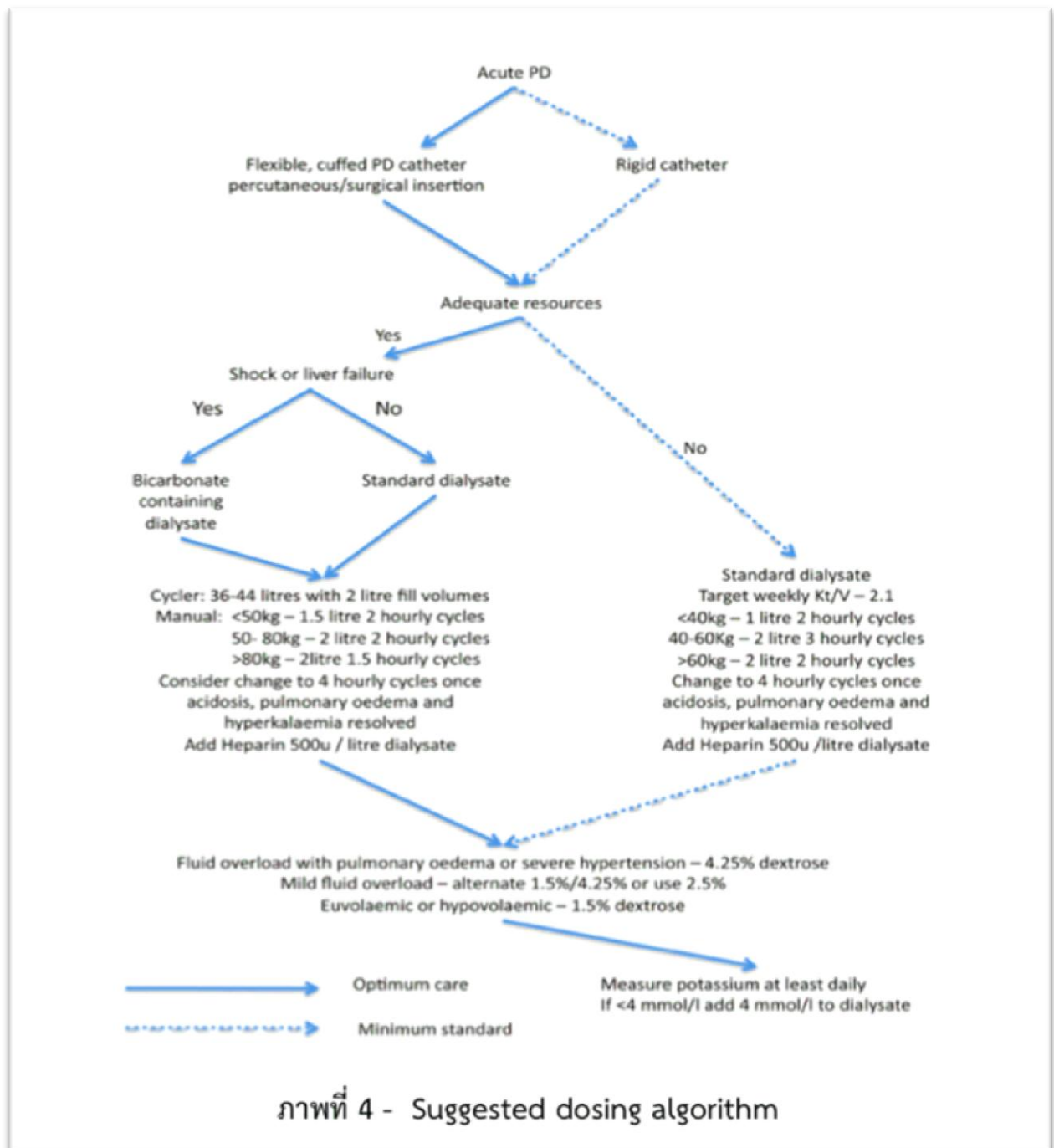
ผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส มีลักษณะการดำเนินโรค ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการน้อย จนถึงขั้นรุนแรง ผู้ป่วยหลายรายมักมีภาวะช็อค ระบบหายใจล้มเหลว เกล็ดเลือดต่ำ ไตวาย และอวัยวะภายในล้มเหลวในหลายอวัยวะ ยังผลให้มีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง 12-36%⁽⁵⁾ ผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิสที่มีภาวะไตวาย โดยไม่มีอาการตัวเหลืองตาเหลืองบางราย สามารถฟื้นตัวได้ภายในหนึ่งสัปดาห์ ปัสสาวะออกในปริมาณปกติ และมักจะพบภาวะ hypokalemiaร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสมักจะมี ภาวะ hypercatabolic ซึ่งมักจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยวิกฤตมีทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และในพื้นที่ห่างไกล ก็ยังคงมีการรักษาผู้ป่วยด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่มีการเสียชีวิตจากการผ่าตัดแม้ว่าผู้ป่วยรายนั้นๆ จะมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ก็ตาม⁽⁶⁾

การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ในประเทศไทย มีการรักษาด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องแบบต่อเนื่อง (CRRT) และการฟอกน้ำเหลือง (Plasmapheresis)⁽⁷⁾ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Conventional Hemodialysis, Sustained Low Efficiency Dialysis -SLED) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal Dialysis) ซึ่งมีหลายทางเลือกที่สามารถ ทำได้ขึ้นกับความเชี่ยวชาญของแต่ละสถาบันในการเลือกวิธีการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตปัจจัยแวดล้อมหลายอย่าง ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ ตลอดจนถึงสถานการณ์ภาวะการณ์ของผู้ป่วย ในขณะนั้น ๆ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเอง ได้มีการรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง ซึ่งมีการผ่าตัดวางสายล้างไตหน้าท้อง ทั้งโดยศัลยแพทย์และอายุรแพทย์โรคไต มาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการล้างไตทางหน้าท้อง จำนวนมากทำให้มีการพัฒนาการผ่าตัดวางสายโดยวิธีใช้ขดลวดนำ (Modified Seldinger Technique) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จนนำมาสู่ การวางสายล้างไตฉุกเฉินในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องมากขึ้น

และวิธีการผ่าตัดด้วยการวางสายนี้ได้มีแนวปฏิบัติมาตรฐานรองรับการผ่าตัดวางสาย โดย Renal Association Working Party on Peritoneal Access⁽⁴⁾

นอกจากนี้ วิธีการผ่าตัดวางสายก็มีหลายวิธี ทั้งวิธีผ่าตัดเปิดแผลโดยตรง (Open technique) การส่องกล้องผ่าตัด (Laparoscopic catheter insertion) ซึ่งพบว่า ประสิทธิภาพของการผ่าตัดวางสายล้างไตหน้าท้องในแต่ละวิธีนั้นให้ผล ไม่ต่างกัน⁽⁸⁾

ในปัจจุบันการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันได้รับการกำหนดมาตรฐานแนวปฏิบัติใน International Society of Peritoneal Dialysis (ISPD) ถึงวิธีการรักษา โดยสามารถเลือกการรักษาตามสถานภาพของสถานการณ์ที่เป็นว่า จะใช้วิธีการใส่สายด้วยสายแข็ง (Rigid catheter) หรือ สายถาวร (Flexible, cuffed PD catheter) โดยวิธีการวางสายล้างไตนั้นสามารถทำได้ทั้งวิธี ใช้ขดลวดนำ (Percutaneous) หรือ ผ่าตัดเปิด (Surgical insertion) และให้เลือกชนิดของการใช้วิธีการนำเข้าน้ำเข้าสู่ช่องท้อง ทั้งวิธีแบบมือ (Manual) หรือใช้เครื่องอัตโนมัติ (Cycler) ดังภาพที่ 4⁽³⁾



ในประเทศไทยเอง มีการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง ว่าสามารถให้การรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ได้ทำเป็นงานวิจัยจากประเทศไทยที่ตีพิมพ์ใน วารสาร PDI (Peritoneal Dialysis International)⁽⁹⁾ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 75 ราย โดยวิธีการวางสายด้วย Seldinger

technique แล้วใช้การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ด้วยระบบเปิด (Manual Open System) โดยใช้น้ำยาล้างไต 1.5% Dextrose ในขนาด 1.5 ลิตร (ถุงแข็ง โดยบริษัท GHP) ต่อรอบ แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็น Minimal standard dosage ทำ 12 รอบต่อวัน (รวม 18 ลิตรต่อวัน) และกลุ่มที่สอง Intensive dosage ทำ 24 รอบต่อวัน (รวม 36 ลิตรต่อวัน) ซึ่งจะทำให้ได้ความเพียงพอของการ

ล้างไต (Kt/V 2.2/week และ 3.3/week ตามลำดับในผู้ป่วยน้ำหนักประมาณ 60 กิโลกรัม) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่เวลา 30 วันของทั้งสองกลุ่ม จากงานวิจัยดังกล่าว จึงแนะนำให้มีการทำการล้างไตทางหน้าท้องอย่างเข้มข้น (Intensive) ในช่วงสองวันแรก แล้วจึงค่อยลดการเปลี่ยนน้ำยาเป็น 4-6 รอบต่อวัน (8-10 ลิตร ต่อวัน) ในวันต่อมาและหากต้องการความเพียงพอของการล้างไต (Kt/V) ประมาณ 0.36 – 0.38 ต่อวัน (session) อาจจะมีการเพิ่มปริมาณ เป็น 21 ลิตรต่อวันในผู้ป่วยที่หนัก 70 กิโลกรัม

ในคนไทยน้ำหนักโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 50 – 80 กิโลกรัม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สามารถให้การรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องในปริมาณระหว่าง 18-24 ลิตร ต่อวันด้วยวิธีการทำด้วยมือ (Manual) แต่ถ้าหากใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติ⁽³⁾ อาจเพิ่มปริมาณน้ำยาล้างไตได้ถึง 36-44 ลิตรต่อวัน ได้ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องผ่านทางเครื่องอัตโนมัติ เป็นระยะเวลารวม 2 สัปดาห์ โดยใน ช่วงแรก ได้รับการล้างไตในขนาดสูง คือใช้น้ำยาปริมาณ 40 ลิตร ต่อวันเป็นเวลาสองวัน แล้ว ลด ลงเหลือ 20 ลิตร วางสายล้างไตข้างเดียวได้โดยไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เหมาะสำหรับโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัดในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจและย้ายออกไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญและได้ ลดปริมาณการล้างไตด้วยน้ำยาเหลือ 10 ลิตร ต่อวัน จากนั้น เมื่อตามผลเลือด พบว่าค่าของเสียในเลือดลดลงจึงหยุดการล้างไต และจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยไม่จำเป็นต้องล้างไตต่อเนื่อง และได้นัดมาติดตามการรักษาและเอาสายล้างไตที่หน้าท้องออกในท้ายที่สุด

สรุป

การรักษาผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิสที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันด้วยวิธีการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้เครื่องอัตโนมัติอย่างต่อเนื่องเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถพิจารณาในภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยมีไตวายเฉียบพลันและสามารถประยุกต์ใช้เครื่องล้างไตต่อเนื่องที่ปกติใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แก่ผู้ป่วยวิกฤตเพื่อช่วยบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยได้และส่งผลดีให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจากภาวะไตวายเฉียบพลันและมีการฟื้นตัวของไตได้ลดภาระงานของทีมผู้รักษาในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาวันละหลายครั้งและสามารถทำได้ด้วยเครื่องมือที่สามารถผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมพยาบาลไตเทียมและทีมล้างไตทางหน้าท้องตลอดจนพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องอย่างต่อเนื่องทั้ง 24 ชั่วโมง ต่อวัน

เอกสารอ้างอิง

1. Sitprija V, Losuwanrak K, Kanjanabuch T. Leptospiral nephropathy. *Semin Nephrol* 2003;23:42-8.
2. สำนักโรคติดต่อควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสประเทศไทยปี พ.ศ. 2558. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดประจำสัปดาห์.[เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน2559].เข้าถึงได้จาก:http://203.157.15.4/wesr/file/y59/F59211_1525.pdf
3. FigueiredoA, GohBL. Clinical Practice Guidelines For Peritoneal Access.*Perit Dial Int* 2010;30:424–9.
4. Cullis B, Abdelraheem M, Abrahams G, Balbi A, Cruz D, Frishberg Y, et al. ISPD guidelines/recommendations - peritoneal dialysis for acute kidney injury. *Perit Dial Int* 2014; 34:494–517.
5. Siriwanij T. Haemodynamics in leptospirosis: Effects of plasmapheresis and continuous venovenoushaemofiltration. *Nephrology* 2005;10:1–6.
6. Visith S, Kearkiat P. Nephropathy in Leptospirosis. *J Postgrad Med* 2005;51:184-8.
7. สมชาย เอี่ยมอ่อง. Leptospirosis and Kidney Nephrology. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง. *Nephrology*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2547.หน้า1012-22.
8. Khositrangsikun K, Kanjanabuch T.Comparison of the Seldinger Technique and SurgicalTechnique in Tenckhoff Catheter Insertion in CAPDPatients: A Single Center Experience.*J Med Assoc Thai* 2011; 94: 577-80.
9. Parapiboon W, Jamratpan T. Intensive versus minimal standard dosage for peritoneal dialysis in acute kidney injury: a randomized pilot study. *Perit Dial Int* 2017; 37:523–8.

การผ่าตัดนำรากฟันออกจากโพรงอากาศขากรรไกรบนและการปิดรูทะลุช่องปาก- โพรงอากาศขากรรไกรบน

นิตา ศรีนวล ท.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล)
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเชียรใหญ่

บทคัดย่อ

รูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อย มีสาเหตุหลักจากการถอนฟัน พบบ่อยที่สุดจากการถอนฟันกรามบนซี่ที่หนึ่ง เมื่อเกิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องที่ซับซ้อนขึ้นด้วยการผ่าตัดปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนและการผ่าตัดเพื่อนำรากฟันออกจากโพรงอากาศขากรรไกรบนกรณีที่มีรากฟันเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบนร่วมด้วย บทความนี้นำเสนอผู้ป่วยหญิง อายุ 44 ปี พบรากฟันหักหลังถอนฟันกรามบนซี่ที่หนึ่ง รากฟันด้านเพดานถูกผลักเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้ายและมีรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดนำรากฟันออกจากโพรงอากาศขากรรไกรบนและปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนด้วย Buccal advancement flap ร่วมกับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Amoxicillin/Clavulanic acid 2 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 3 อาทิตย์ พบว่าอาการดีขึ้นหลังติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 เดือนครึ่ง

คำสำคัญ: รูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน

Caldwell-Luc Operation and Oroantral Communication Management

Nida Srinual, D.D.S.

Department of Dentistry, Chian Yai hospital

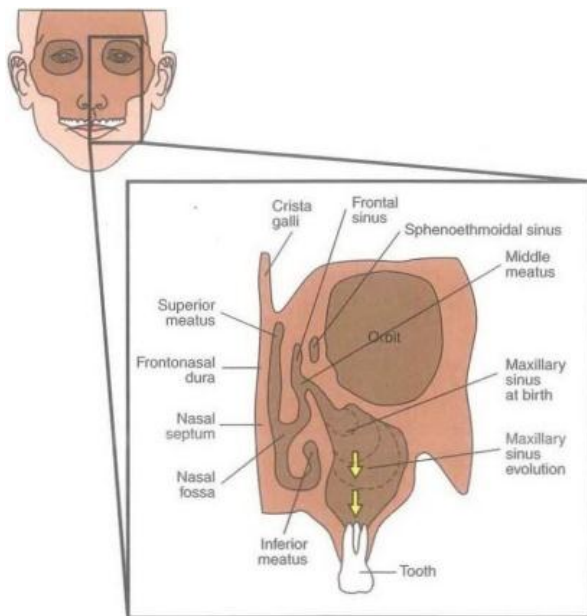
Abstract

Oroantral communications (OACs) are rare complication of oral surgery. The extraction of maxillary posterior teeth is the most common cause of OACs, especially the upper first molar. The patients require proper surgical treatment for the OACs, including the flap procedure and Caldwell-Luc operation. Caldwell-Luc operations were performed in cases of fractured roots that in the maxillary sinus. We report a 44-year-old female underwent the left upper first molar tooth extraction. It was found that the remnant fractured palatal root was pushed into the left maxillary sinus, the OAC occurred. The fractured root was removed by the Caldwell-Luc operation and the buccal advancement flap was used for OAC closure. Combining the result of the 3 week- Amoxicillin+Clavulanic acid (2g/day) prescription, the clinical condition was improved during the 1.5-month follow-up period.

Key word: Oroantral communication

บทนำ

โพรงอากาศขากรรไกรบน (maxillary sinus) มีขอบเขตด้านบนคือกระดูกพื้นของเบ้าตา (orbital floor) ขอบเขตด้านล่างคือส่วนยื่นเบ้าฟัน (alveolar process) ของกระดูกขากรรไกรบน ตั้งแต่ฟันเขี้ยวถึงฟันกรามบนซี่ที่สาม มี ostium เป็นช่องทางระบายจากโพรงอากาศขากรรไกรบน เข้าสู่โพรงจมูก เมื่อมีการสูญเสียฟันกรามบนโพรงอากาศขากรรไกรบนสามารถขยายขนาดไปด้านล่างและจะพบรากฟันยื่นเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบน⁽¹⁻³⁾ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 การขยายขนาดของโพรงอากาศขากรรไกรบน

(Misch&Abbas, 2012 น. 2081)

เมื่อมีการสูญเสียฟันกรามบนโพรงอากาศขากรรไกรบน จะขยายขนาดลงมาด้านล่างบริเวณรากฟันกรามบนได้

รูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน (Oroantral communications : OACs) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อย อุบัติการณ์การเกิด OACs เท่ากับร้อยละ 0.58⁽⁴⁾ สาเหตุหลักเกิดจากการถอนฟัน พบได้ร้อยละ 80 ของสาเหตุทั้งหมด

สาเหตุอื่นๆได้แก่ ภาวะน้ำในขากรรไกรบน, เนื้องอกหรือมะเร็งในขากรรไกรบน, อุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและขากรรไกรบน, การติดเชื้อบริเวณใบหน้าที่มีสาเหตุจากฟัน, การปิดกั้นที่ผิดปกติ, เกิดขึ้นภายหลังฉายรังสีรักษา, การผ่าตัดบริเวณใบหน้าและขากรรไกร และจาก osteomyelitis⁽⁵⁾ อาจพบ OACs ร่วมกับรากฟันที่หักเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบนได้ โดยจะพบอุบัติการณ์การเกิด OACs ในผู้ป่วยอายุ 20-39 ปี มากที่สุด^(1, 4, 6, 7) เนื่องจากโพรงอากาศขากรรไกรบนขยายขนาดใหญ่ที่สุดในช่วงอายุ 20-29 ปี⁽⁶⁾ จากการศึกษาเรื่องระยะทางระหว่างปลายรากฟันบนกับโพรงอากาศขากรรไกรบนในโครงกระดูกศีรษะมนุษย์พบว่ารากฟันกรามบนซี่ที่สองใกล้พื้นของโพรงอากาศขากรรไกรบนมากที่สุด โดย Bonsdorff พบว่าระยะทางเฉลี่ยระหว่างปลายรากฟันกรามบนซี่ที่สองและพื้นของโพรงอากาศขากรรไกรบนเท่ากับ 1.3 มิลลิเมตร และ Paatero พบว่าระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 1.8 มิลลิเมตร ลำดับถัดมาคือฟันกรามบนซี่ที่หนึ่งและฟันกรามบนซี่ที่สาม⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามพบว่าอุบัติการณ์การเกิด OACs มีสาเหตุจากการถอนฟันกรามบนซี่ที่หนึ่งมากที่สุดและฟันกรามบนซี่ที่สองเป็นลำดับถัดมา^(1, 4, 7, 8) และพบอุบัติการณ์การเกิด OACs ในรากฟันด้านเพดาน (palatal root) ของฟันกรามบนซี่ที่หนึ่งและฟันกรามบนซี่ที่สองมากที่สุด^(1, 4) แต่ในฟันกรามบนซี่ที่สามจะพบอุบัติการณ์การเกิด OACs ในรากฟันด้านแก้ม (buccal root) มากที่สุด⁽⁴⁾ โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของ OACs เกิดจากการถอนฟันที่มีหนองปลายรากฟัน (dentoalveolar abscess)⁽⁵⁾

เมื่อพบว่ามีรากฟันเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบน ให้หยุดหัตถการทันที ตรวจสอบดูว่ารากฟันไม่ได้เคลื่อนไปได้เยื่อหุ้มกระดูก ถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก (periapical film) ภาพรังสี

แพนโนรามา (Orthopantomogram) หรือภาพรังสี Water's view เพื่อดูตำแหน่งของรากฟันที่หัก และผ่าตัดนำรากฟันออกด้วยวิธี Caldwell-Luc operation ซึ่งวิธีนี้ถูกคิดค้นโดย George Caldwell ในปี 1893 และ Henri Luc ในปี 1987⁽⁹⁾ และพิจารณาขนาดของ OACs ว่าต้องใช้แผ่นเหงือกมาปิดรูทะลุร่วมด้วยหรือไม่ วิธีผ่าตัดปิด OACs มีหลายวิธี การใช้เนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue flap) ได้แก่ buccal flap หรือ buccal advancement flap และ palatal flap หรือ palatal rotation-advancement flap เป็นวิธีการรักษาหลัก โดยการใช้ buccal flap เป็นวิธีที่เป็น treatment of choice และได้รับความนิยมมากที่สุด^(7, 10)

เมื่อเกิด OACs ขึ้นอาจทำให้เกิดภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบที่มีสาเหตุมาจากฟัน (odontogenic-sinusitis) ตามมาได้ พบได้ร้อยละ 10-12 ของภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบทั้งหมด การเพาะเลี้ยงเชื้อพบว่าการผสมผสานกันของกลุ่มแบคทีเรียที่ต้องการออกซิเจน ได้แก่ alpha-haemolytic streptococci, microaerophilic streptococci และ Staphylococcus aureus และกลุ่มแบคทีเรียที่ไม่ต้องการออกซิเจน ได้แก่ gram-negative bacilli, Peptostreptococcus spp., Fusobacterium spp., Prevotella, Porphyromonas spp. และ pigmented Prevotella ยาปฏิชีวนะที่แนะนำให้ใช้ คือ ยาในกลุ่ม amoxicillin-clavulanic acid จะครอบคลุมเชื้อมากกว่าร้อยละ 80 ระยะเวลาการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเท่ากับ 21 -38 วัน (3)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 44 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเคยอดฟันกรามบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง ปัจจุบันไม่มีอาการ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นไขมัน

ในเลือดสูง รักษาด้วยการควบคุมอาหาร ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากพบว่ามียอดฟันใต้กระดูกดทะลุโพรงประสาทฟันและรากฟันด้านเพดานยื่นเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบน (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันซี่ 26 ก่อนทำการรักษา พบว่าฟันของโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้ายยื่นต่ำ และรากฟันด้านเพดาน (palatal root) ของฟันซี่ 26 ยื่นเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบน

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการถอนฟันซี่ 26 ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ พบว่ารากฟันด้านเพดานหักและถูกดันเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้าย ทำให้เกิด OAC ขนาด 3 มิลลิเมตร ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากพบว่ารากฟันหักยาว 3.5 มิลลิเมตรอยู่บริเวณพื้นของโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้าย (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันซี่ 26 หลังถอนฟัน พบว่ารากฟันยาว 3.5 มิลลิเมตร ค้างอยู่บริเวณพื้นของโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้ายเหนือเบ้าฟันซี่ 26

การวินิจฉัย คือ Oroantral communication with remaining of palatal root of 26 โดย 3 วันถัดมานัดผู้ป่วยมาเพื่อผ่าตัดนำรากฟันออกจากโพรงอากาศขากรรไกรบนและปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน ณ วันผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการคัดจมูกและมีน้ำมูกเล็กน้อย ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต อ้าปากได้ปกติ ไม่มีน้ำจากช่องปากทะลุเข้าโพรงอากาศขากรรไกรบน ภาพถ่ายรังสี

Water's view พบเยื่อบุโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้ายมีการหนาตัวขึ้นอย่างชัดเจน (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสี Water's view ของโพรงอากาศขากรรไกรบนก่อนทำ Caldwell-Luc operation พบเยื่อบุโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้ายหนาตัวขึ้นของเมื่อเปรียบเทียบกับเยื่อบุโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านขวาอย่างชัดเจน

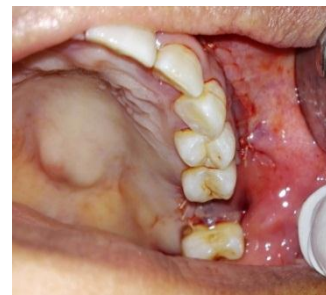
ผ่าตัดเพื่อนำรากฟันออกจากโพรงอากาศขากรรไกรบนด้วยวิธี Caldwell-Luc operation ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยเจาะรูผ่านบริเวณ canine fossa ซึ่งเป็นส่วนผนังด้านหน้าโพรงอากาศขากรรไกรบน นำรากฟันที่หักออกมา ทำความสะอาดโพรงอากาศขากรรไกรบน และนำแผ่นเหงือกมาปิด OAC ด้วย buccal advancement flap โดยยึดแผ่นเหงือกโดยทำ periosteal releasing (รูปที่ 5, 6 และ 7)



รูปที่ 5 Caldwell-Luc operation ลง vestibular incision เปิดแผ่นเหงือกชนิด mucoperiosteal flap เจาะรูบริเวณ canine fossa และนำรากฟันออกจากโพรงอากาศขากรรไกรบน



รูปที่ 6 การปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนด้วย buccal flap ยึดแผ่นเหงือกโดยทำ periosteal releasing และดึงแผ่นเหงือกมาปิด เบ้าฟันซี่ 26 โดยไม่ให้แผ่นเหงือกตึงจนเกินไป



รูปที่ 7 เย็บแผ่นเหงือกปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Amoxicillin+Clavulanic acid 2 กรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา 3 อาทิตย์, Paracetamol, Ibuprofen และ Brompheniramine maleate + Phenylephrine hydrochloride ตามอาการ ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเพิ่มความดันในโพรงอากาศขากรรไกรบน เช่น ไม่สูดน้ำมูกแรงๆ, เปิดปากเวลาจาม, หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่, ไม่ใช้หลอดดูดน้ำ และให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง จากการติดตามอาการหลังผ่าตัดเป็นระยะเวลา 1 เดือนครึ่ง พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัด บวม คัดจมูก และมีน้ำมูกข้างซ้าย อาการปวดและบวมค่อยๆลดลงภายใน 2 อาทิตย์แรก ในขณะที่อาการคัดจมูก มีน้ำมูก ค่อยๆดีขึ้นภายใน 1 เดือน จนหายเป็นปกติ ภาพถ่ายรังสี Water's view พบว่าเยื่อบุโพรงอากาศขากรรไกรบน

ด้านซ้ายที่หนาตัวขึ้นยุบมอย่างชัดเจนภายใน 1 เดือน (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 ภาพถ่ายรังสี Water's view ของโพรงอากาศ
ขากรรไกรบนหลังการรักษา 1 เดือน
พบเยื่อโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้ายที่หนาตัวขึ้นลดลง
จนเกือบเท่าโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านขวา

วิจารณ์

การศึกษาของ Abuabara และคณะ⁽⁶⁾ และ Hernando และคณะ⁽⁵⁾ แนะนำว่า OACs ขนาดเล็กกว่า 3 มิลลิเมตรมีแนวโน้มปิดเองได้ OACs ขนาดใหญ่กว่า 3 มิลลิเมตรต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อปิดรูทะลุ ในขณะที่ Visscher และคณะ⁽¹⁰⁾ และ Cordero และคณะ⁽³⁾ แนะนำว่า OACs ขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตรมีแนวโน้มปิดเองได้ OACs ขนาดใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตรต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อปิดรูทะลุ อย่างไรก็ตามนอกจากขนาดของ OACs ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย Killey and Kay⁽¹⁾ แนะนำว่า OACs ขนาดใหญ่กว่า 4 มิลลิเมตรและความสูงของเบ้าฟัน (socket dept) น้อยกว่า 5 มิลลิเมตรต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อปิดรูทะลุ โดย Cordero และคณะ⁽³⁾ แนะนำว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อปิด OACs ใน 3 กรณี ดังนี้ 1. OACs มีขนาดใหญ่มากกว่า 4-5 มิลลิเมตร 2. มีการอักเสบของโพรงอากาศขากรรไกรบน และ

3. มีระยะเวลาของการเกิด OACs มากกว่า 3 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยรายนี้มี OAC ขนาด 3 มิลลิเมตร และผู้ป่วยเริ่มมีภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบชนิดเฉียบพลัน (acute sinusitis) จึงพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดนำรากฟันที่หักออกด้วยวิธี Caldwell-Luc operation และนำแผ่นเหงือกมาปิดรูทะลุ การผ่าตัดปิด OACs โดยใช้ buccal flap เหมาะสำหรับ OACs ที่มีขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตร เป็นวิธีการผ่าตัดที่ง่าย ไม่ซับซ้อน มีข้อเสียคือทำให้ vestibular sulcus ตื้น ซึ่งมีผลต่อการใส่ฟันปลอมในอนาคต^(5, 6, 10, 11) และจะไม่ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรหรือ edentulous patient ในขณะที่ OACs ที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตรหรือผู้ป่วยมี vestibular sulcus ตื้น แนะนำให้ใช้ palatal flap แทน⁽¹²⁾ อัตราความสำเร็จ (success rate) ของการใช้ buccal flap ในการรักษาเท่ากับร้อยละ 80-90 (1, 8, 10) โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยใช้ buccal flap ปิด OAC เนื่องจาก OAC มีขนาดเล็ก, เป็นบริเวณที่ไม่ได้เป็นสันเหงือก และผู้รายงานมีความเชี่ยวชาญการผ่าตัดวิธีนี้

การผ่าตัดปิด OACs ทันทีจะให้ผลสำเร็จของการรักษาร้อยละ 95 ในขณะที่การปิดรูทะลุในภายหลังเกิดทางเชื่อมระหว่างช่องปากกับโพรงอากาศขากรรไกรบนแบบถาวร (oroantral fistula) จะให้ผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่าที่ร้อยละ 67^(6, 12) หลังเกิด OACs ภายใน 24-48 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50 จะเกิดภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบชนิดเฉียบพลัน และภายหลัง 2 อาทิตย์ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 90 จะเกิดภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบ ดังนั้นควรผ่าตัดปิด

OACs ภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบ^(6-8, 10, 12) ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดนำรากฟันที่หักออกและนำแผ่นเหงือกมาปิด OAC เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังจากถอนฟัน 3 วัน

หลังการผ่าตัดปิด OACs อาจเกิด OACs ซ้ำ (recurrent OACs) ในช่วง 2 สัปดาห์แรกมากที่สุดดังการศึกษาของ Visscher และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าเกิด recurrent OACs ร้อยละ 10.4 โดยพบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจะเกิด recurrent OACs ครั้งที่สองภายใน 2 สัปดาห์ และร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจะเกิด recurrent OACs ครั้งที่สองภายใน 2-4 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Skoglund และคณะ⁽¹³⁾ ที่จะพบ recurrent OACs ในช่วง 10 วันแรก สาเหตุของการเกิด recurrent OACs ได้แก่ ให้อาหารแข็งเกินไป, เปิดแผ่นเหงือกทิ้งเกินไป, ตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบบริเวณขอบของเบ้าฟันน้อยเกินไป, ความชื้น

ขอบแผ่นเหงือกและขอบของเบ้าฟันไม่ดี และการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ⁽¹³⁾ Visscher และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบในวันนัดติดตามผลหลังผ่าตัด (10-14 วัน) มีความสัมพันธ์กับการเกิด recurrent OACs 15 เท่า

สรุป

การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การรักษาตามแนวทางและการติดตามประเมินการรักษาต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับผู้ป่วยที่มีรูทะลุช่องปาก – โพรงอากาศขากรรไกรบน และควรติดตามประเมินการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานอย่างน้อย 1 เดือน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังพบภาวะโพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบเพื่อป้องกันการเกิด recurrent OACs ดังในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 1 เดือนครึ่งจนผู้ป่วยหายดีเป็นปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Killey HC, Kay LW. An analysis of 250 cases of oro-antral fistula treated by buccal flap operation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1967;24:726-39.
2. Misch CE, Abbas HA. Contemporary implant dentistry. 3rd ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2008. p. 390-2.
3. Cordero GB, Ferrer SM, Fernández L. Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: literature review. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2016;67:107-13.
4. Punwutikorn J, Waikakul A, Pairuchvej V. Clinically significant oroantral communication- a study of incidence and site. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994;23:19-21.
5. Hernando J, Gallego L, Junquera L, Villarreal P. Oroantral communications. A retrospective analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15:e499-503.
6. Abuabara A, Cortez ALV, Passeri LA, Moraes Md, Moreira RWF. Evaluation of different treatments of oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:155-8.

7. Visscher SH, Roon MRFv, Sluier WJ, Minnen Bv, Bos RRM. Retrospective study on the treatment outcome of surgical closure of oroantral communications. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69: 2956-61.
8. Ehrl PA. Oroantral communication. *Int J Oral Surg* 1980;9:351-8.
9. Macbeth R. Caldwell-Luc operation 1952-1966. *Arch Otolaryngol* 1968;87:630-6.
10. Visscher SH, Minnen Bv, Bos RRM. Closure of oroantral communication: a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:1384-91.
11. Sokler K, Vuksan V, Lauc T. Treatment of oroantral fistula. *Acta Stomatol Croat* 2002;36: 135-40.
12. Yalçın S, Öncü B, Emes Y, Atalay B, Aktaş İ. Surgical treatment of oroantral fistulas: a clinical study of 23 cases. *J Maxillofac Oral Surg* 2011;69:333-9.
13. Skoglund LA, Pedersen SS, Holst E. Surgical management of 85 perforations to the maxillary sinus. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1983;12:1-5.

เมลิโออยโดสิส (Meliodosis)

ทียะพงศ์ เนติวงษ์ พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทนำ

เมลิโออยโดสิส (Meliodosis) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียแกรมลบรูปแท่งติดสีเข้มที่ปลายทั้ง 2 ข้างคล้ายเข็มกลัดซ่อนปลาย (safety pin) ที่มีชื่อว่า *Burkholderiapseudomallei* จัดอยู่ใน Family Burkholderiaceae, Genus Burkholderia ซึ่งมีมากกว่า 30 species⁽¹⁾ ซึ่งมักพบเชื้อปนเปื้อนในดินและน้ำโดยจะก่อโรคได้ทั้งในคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิดเช่น แพะ แกะ หมู โค กระบือพบรายงานครั้งแรกโดย Whitmore และ Krishnaswami ในปี ค.ศ. 1911 ที่เมืองย่างกุ้ง ประเทศพม่า⁽²⁾ โดยโรคนี้พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และออสเตรเลียตอนเหนือสำหรับประเทศไทยมีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อครั้งแรกในปีพ.ศ. 2498 โดยจิตติ จิตติเวช และคณะ⁽³⁾ จากการสำรวจดินทั่วประเทศไทยพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตรวจพบเชื้อ *Burkholderiapseudomallei* มากที่สุด คือ พบเชื้อถึงร้อยละ 50 ของบริเวณที่เก็บตัวอย่างดิน รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้และภาคเหนือ⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคที่พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยในปี พ.ศ. 2558 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานโรคจากระบบเฝ้าระวัง 506 พบผู้ป่วยโรคเมลิโออยโดสิส 3,242 ราย อัตราป่วย 4.96 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดต่อกับผู้ป่วยได้แก่การหายใจเอาฝุ่นจากดินที่มีเชื้อการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อที่ปนเปื้อนในดินและน้ำในขณะที่มีบาดแผลทางการกิน การติดต่อจากคนสู่คนมีรายงานน้อยมาก เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะมีระยะฟักตัว 1-21 วัน (เฉลี่ย 9 วัน)⁽⁵⁾ โดยรูปแบบการติดเชื้อจะเป็นแบบเฉียบพลัน/กึ่ง

เฉียบพลัน(น้อยกว่า 2 เดือน) ร้อยละ 88 และแบบเรื้อรัง(มากกว่า 2 เดือน) ร้อยละ 12⁽¹⁾ พบการติดเชื้อ *Burkholderiapseudomallei* สูงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะร่วมต่อไปนี้ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยโรคไตและผู้ป่วยที่ดื่มสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์สูงในผู้ป่วยที่มีอาชีพที่ต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นประจำ⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเมลิโออยโดสิสร้อยละ 25 ไม่มีประวัติโรคประจำตัวใดๆ แต่มาตรวจพบว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงเมื่อแรกรับ และอีก ร้อยละ 25 ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ แม้ว่าจะทำการตรวจหาแล้วก็ตาม⁽⁷⁾

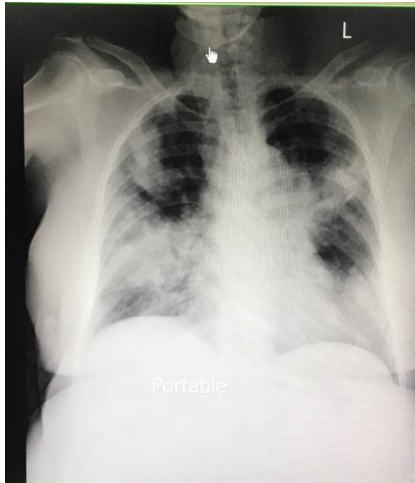
อาการทางคลินิก

เมลิโออยโดสิสเป็นโรคที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายรูปแบบไม่มีอาการจำเพาะ และเนื่องจากอาการทางคลินิกมีความคล้ายคลึงกับโรคอื่นๆมากมาย โรคเมลิโออยโดสิส จึงได้รับการขนานนามว่าเป็นยอดนักเลียนแบบ (grate imitator) จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเมลิโออยโดสิสพบผู้ป่วยสามารถมาด้วยอาการต่างๆได้ดังต่อไปนี้⁽⁸⁾

อาการแสดงทางคลินิก

การติดเชื้อในปอด พบได้ประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคเมลิโออยโดสิสทั้งหมดและมักพบร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยจะมีอาการของปอดอักเสบ (pneumonia) เช่น ไข้ ไอ มีเสมหะ เจ็บหน้าอก อาการของผู้ป่วยอาจเป็นแบบเฉียบพลัน หรือค่อยเป็นค่อยไป มีอาการเรื้อรังเกิน 1 เดือนได้ทำให้บางครั้งจำแนกยากกับผู้ป่วยวัณโรคปอดลักษณะภาพรังสีของปอดในกรณีได้รับเชื้อผ่านทางระบบทางเดินหายใจจะพบลักษณะ lobar

consolidation หรือ patchy infiltration พบได้ทั้งปอดกลีบบนและล่าง มักจะเกิด cavity ตามมาอย่างรวดเร็ว (necrotizing pneumonia) หรือเกิด lung abscess ได้ ในกรณีได้รับเชื้อผ่านทางกระแสเลือดจะพบลักษณะ diffuse nodular infiltrations ที่ปอดทั้ง 2 ข้างและพบ cavity เกิดขึ้นตามมาอย่างรวดเร็วได้เช่นกันดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงภาพเอกซเรย์ปอดผู้ป่วยที่เป็น multilobar pneumonia

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะพบได้ร้อยละ 14 โดยพบ prostatic abscess ได้มากถึงร้อยละ 20 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยที่เป็น prostate gland abscess

ฝีหนองในตับและม้าม พบได้ร้อยละ 13 ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่รุนแรงมักตรวจพบการทำงานของตับผิดปกติ

ลักษณะภาพรังสีอัตราवादของฝีที่ตับและม้าม จากเชื้อ B. Pseudomallei มักพบเป็น hypoechoic lesions ขนาดเล็กๆ หลายตำแหน่ง (Swiss cheese appearance) โดยพบได้มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย ลักษณะภาพ รังสีอัตราवादที่มีความจำเพาะกับโรคนี้คือ multi-loculated abscess ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายล้อของเกวียน (cart wheel-like lesion) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยที่เป็น liver abscess ซึ่งจะเห็นเป็น multi-loculated abscess

- การติดเชื้อที่ผิวหนังพบได้ร้อยละ 13 ตรวจพบตุ่มหนองตามผิวหนัง (superficial pustules) หรือในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous abscess) หลายตำแหน่ง
- การติดเชื้อในกระแสเลือดโดยไม่พบหลักฐานการติดเชื้อในอวัยวะอื่น พบได้ร้อยละ 11
- การติดเชื้อในกระดูกและข้อ พบได้ร้อยละ 4 การติดเชื้อที่กระดูกพบได้ทุกตำแหน่ง สำหรับการติดเชื้อที่ข้อพบได้บ่อยที่ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อมือ ข้อเท้า ข้อไหล่ และ sternoclavicular joint เป็นตำแหน่งที่พบการติดเชื้อได้น้อยมาจากการติดเชื้อชนิดอื่น

- การติดเชื้อระบบประสาท พบได้ร้อยละ 3 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่พบคือ meningitis, encephalitis, focal encephalitis, epidural abscess และ brain abscess นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งอาการทางคลินิกของโรค melioidosis ออกได้เป็น 7 กลุ่มดังนี้⁽⁹⁾

1. Disseminated septicemic melioidosis

ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับการติดเชื้อในอวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วยมากกว่า 1 ตำแหน่ง พบได้ร้อยละ 46 ของผู้ป่วย อัตราตายสูงมากถึงร้อยละ 40-50 เกิด septic shock ได้ร้อยละ 80-95

2. Non-disseminated septicemic melioidosis

ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับการติดเชื้อในอวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วย 1 ตำแหน่ง พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วย อัตราตายร้อยละ 10-40 เกิด septic shock ได้ร้อยละ 5

3. Multifocal localized melioidosis

ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในอวัยวะต่างๆ มากกว่า 1 ตำแหน่ง แต่ไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด

4. Localized melioidosis

ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในอวัยวะเพียง 1 ตำแหน่งและไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราตายร้อยละ 0-10

5. Transient bacteremic melioidosis

ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อในกระแสเลือดชั่วคราว โดยที่ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการก็ได้และไม่พบตำแหน่งของการติดเชื้อที่ใดในร่างกาย ควรให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อรุนแรงตามมา

ภายหลังได้โดยเฉพาผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากโรคเดิมที่เป็นอยู่ร่วมด้วย

6. Probable melioidosis

ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกเข้าได้กับโรคmelioidosis แต่ไม่สามารถเพาะแยกเชื้อได้จากเลือดหรือสิ่งส่งตรวจทางคลินิกร่วมกับตรวจพบแอนติบอดีต่อการติดเชื้อ B. pseudomallei

7. Subclinical melioidosis

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีอาการผิดปกติและไม่พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งใด แต่ตรวจพบแอนติบอดีต่อการติดเชื้อ B. pseudomallei เป็นหลักฐานสนับสนุนว่าน่าจะเคยได้รับเชื้อมาก่อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้การรักษา

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคmelioidosis แบ่งออกได้ 4 วิธีดังนี้

1. การเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจต่างๆ

ทางคลินิกถือเป็น gold standard ในการวินิจฉัยโรคmelioidosis

2. การตรวจหาแอนติบอดีต่อการติดเชื้อ

ทำได้หลายวิธีเช่น Indirect hemagglutination (IHA), Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), Indirect fluorescent antibody test เป็นต้น แต่พบว่าผลที่ได้ยังไม่เป็นที่น่าพอใจนักโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่เป็นแหล่งของโรคเนื่องจากพบว่า คนปกติที่ไม่มีอาการเลยแต่อาศัยอยู่ในแหล่งของโรคสามารถตรวจพบมีระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้ได้ในระดับที่สูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มาด้วย acute fulminating Septicemic melioidosis อาจตรวจพบมีระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้ต่ำในระยะแรกจึงไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น โดยวิธีที่ทำได้ง่ายและใช้กันอย่างกว้างขวาง คือ IHA ซึ่งการตรวจโดยวิธีนี้ใช้ crude

antigen ของเชื้อ *B. pseudomallei* เคลือบไปบนผิวของเม็ดเลือดแดงซึ่งเมื่อทำปฏิกิริยากับแอนติบอดีในเซรัมของผู้ป่วยจะจับกลุ่มตกตะกอนให้เห็นความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคเมื่อใช้การตรวจด้วยวิธีนี้ขึ้นกับจุดตัดของระดับแอนติบอดีที่ใช้ในการวินิจฉัย (cut-off titer) โดยพบว่าถ้าใช้จุดตัดของระดับแอนติบอดีที่ 1:160 จะมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคคิดเป็นร้อยละ 49-79 และ 67-97 ตามลำดับ แต่ถ้าใช้จุดตัดที่ระดับแอนติบอดี 1:320 จะมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคที่ร้อยละ 30-63 และ 79-99 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ การตรวจด้วยวิธีนี้อาจจะมีประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในแหล่งของโรคและผู้ป่วยที่ตรวจพบมีการเพิ่มขึ้นของระดับแอนติบอดีตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไปจากการตรวจเลือด 2 ครั้งห่างกัน 1-2 สัปดาห์

3. การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อจากสิ่งส่งตรวจทางคลินิกโดยตรงทำได้ 3 วิธีคือ ELISA, latex agglutination และ indirect immunofluorescence โดยใช้ specific monoclonal หรือ polyclonal antibodies ต่อแอนติเจนชนิดต่างๆ ของเชื้อเช่น LPS, 200-kD surface antigen และ 300-kD antigen ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคขึ้นกับวิธีการตรวจ เช่น sandwich ELISA ซึ่งใช้แอนติบอดีที่มีความจำเพาะต่อ

200-kD surface antigen ของเชื้อ *B. pseudomallei* จะมีความไวและความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 75 และ 98 ตามลำดับ⁽¹¹⁾ เป็นต้น

4. การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ

ด้วยเทคนิคทาง polymerase chain reaction (PCR) เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคmelioidosis โดยใช้ primer ที่แตกต่างกัน ซึ่งการตรวจโดยวิธี PCR ยังมีราคาแพงและต้องอาศัยความชำนาญจึงมีข้อจำกัดในการนำมาใช้เพื่อการวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน

การรักษา

โรคmelioidosis แบ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เช่นการเจาะดูดหรือผ่าตัดเพื่อระบายฝีหนอง การตัดเนื้อตายที่ติดเชื้อออกไป รวมถึงการ resuscitate ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ septic shock ส่วนการรักษาแบบจำเพาะที่สำคัญคือการให้ยาปฏิชีวนะซึ่งควรให้อย่างทันทีทันใดที่วินิจฉัยโรคmelioidosis การให้ยาปฏิชีวนะจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. Initial phase: จะเป็นการให้ intravenous antibiotic ระยะเวลาที่ให้น้อย 10 – 14 วัน หรือจนกว่าจะมี clinical response เช่น ไข้ลดลงอย่างน้อย 48 ชั่วโมง และผลเพาะเชื้อไม่พบเชื้อหลังเริ่มการรักษาในช่วง 1 สัปดาห์แรก⁽¹²⁾ ยาที่ใช้ในระยะนี้ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบยาปฏิชีวนะชนิดต่างๆ ที่ใช้รักษาในช่วง initial phase

Study (Ref.)	Regimen (dose, mg/kg/day)	No. of patients		Result	
		Enrolled	Culture confirmed	Treatment failure	Mortality
13	Ceftazidime (120) vs chloramphenicol (100) + doxycycline (4) + TMP-SMX (10/50)	161	34 vs 31	NA	37 vs 74 $P = 0.009$
21	Ceftazidime(100) + TMP-SMX (8/40) vs chloramphenicol (100) + doxycycline (4) + TMP-SMX (8/40)	136	27 vs 34	NA	18.5 vs 47 $P = 0.039$
16	Ceftazidime (120) vs amoxicillin- clavulanate (120/40)	379	106 vs 105	39 vs 51 $P = 0.02$	47 vs 47 $P = 0.40$
14	Ceftazidime (120) vs imipenem (50)	296	106 vs 108	41 vs 20 $P = 0.011$	38 vs 36 $P = 0.96$
22	Ceftazidime (100) + TMP-SMX (8/40) vs Cefoperazone- sulbactam (25/25) + TMP-SMX (8/40)	219	50 vs 50	NA	14 vs 18 $P = 0.585$
23	Ceftazidime (120) vs ceftazidime (120) and TMP- SMX (10/50)	449	118 vs 123	26 vs 19 $P = 0.30$	22 vs 20 $P = 0.70$

ตารางที่ 2 แสดงขนาดยาปฏิชีวนะที่แนะนำในช่วง Initial phase

	ขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่	หมายเหตุ
Ceftazidime	2 gm IV ทุก 8 ชม.	เป็นยา first line ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย เมลิออยโดสิสในประเทศไทย ⁽¹³⁾
Imipenem	1 gm IV ทุก 8 ชม.	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับ imipenem ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับ ยา ceftazidime แต่พบอัตราการรักษ ล้มเหลวน้อยกว่า ⁽¹⁴⁾
Meropenem	1 gm IV ทุก 8 ชม.	ในผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis ที่ได้รับ meropenem จะมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ กว่า ⁽¹⁵⁾
Amoxicillin- clavulanic acid	2.4 gm IV loading จากนั้น 1.2 gm IV ทุก 4 ชม.	ควรพิจารณาใช้เป็นยาทางเลือกเนื่องจาก ต้องใช้ยาในขนาดที่สูงกว่าขนาดยาที่ใช้ ตามปกติและยังพบการดื้อยาเกิดขึ้น ระหว่างการรักษาในช่วง 8-10 วันแรกของ การรักษาถึงร้อยละ 7 ⁽¹⁶⁾
Cefoperazone/ sulbactam	1 gm IV ทุก 8 ชม.	อาจใช้เป็นสูตรทางเลือกในกรณีไม่ สามารถแยกได้ว่าการติดเชื้อนั้นเกิดจาก methicillin-sensitive <i>Staphylococcus</i> <i>aureus</i> หรือ <i>B. pseudomallei</i>

2. Maintenance phase:หลังจากได้ยาในช่วง Initial phase แล้ว ผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสยัง ต้องได้ยาปฏิชีวนะต่อไปอีกระยะหนึ่ง (12-20 สัปดาห์) เพื่อกำจัดเชื้อที่หลบซ่อนอยู่ในร่างกาย และลดการกลับเป็นซ้ำ (relapse) เพราะเชื้อ

Burkholderia pseudomallei สามารถอาศัยอยู่ในเซลล์ phagocyte ของมนุษย์และสร้าง glycocalyx มาห่อหุ้มไม่ให้ยาปฏิชีวนะเข้าถึงตัว ได้^(17,18) ยาที่ใช้ในระยะนี้ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบยาปฏิชีวนะชนิดต่างๆ ที่ใช้รักษาในช่วง Maintenance phase

Study (Ref.)	Regimen	Duration (week)	Number	Relapse rate (%)
20	Amoxicillin-clavulanate vs chloramphenicol + doxycycline + TMP-SMX	20 vs 20	49 vs 52	16 vs 4 $P = 0.02$
24	Doxycycline vs chloramphenicol + doxycycline + TMP-SMX	20 vs 20	58 vs 58	26 vs 1 $P = 0.09$
25	Azithromycin + ciprofloxacin vs doxycycline + TMP-SMX	12 vs 20	36 vs 29	22 vs 3 $P = 0.027$
26	Doxycycline + TMP-SMX vs chloramphenicol + doxycycline + TMP-SMX	12-20 vs 12-20	89 vs 91	10 vs 8 $P = 0.63$
27	TMP-SMX vs TMP-SMX + doxycycline	20 vs 20	305 vs 306	3.5 vs 4.2 $P = 0.58$

ตารางที่ 4 แสดงขนาดยาปฏิชีวนะที่แนะนำในช่วง Maintenance phase

	ขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่	หมายเหตุ
Co-trimoxazole	น้ำหนัก < 40 kg, 160/800 mg ทุก 12 ชม. น้ำหนัก 40–60 kg, 240/1200 mg ทุก 12 ชม. น้ำหนัก > 60 kg, 320/1600 mg ทุก 12 ชม.	จัดเป็นสูตรยามาตรฐานในการ รักษาเนื่องจากอัตราการกลับเป็น ซ้ำเพียงร้อยละ 4 ⁽¹⁹⁾
Amoxicillin- clavulanic acid	น้ำหนัก < 60 kg, 1000/250mg ทุก 8 ชม. น้ำหนัก > 60 kg, 1500/375 mg ทุก 8 ชม.	ยาสูตรนี้ควรใช้เป็นยาทางเลือกใน หญิงมีครรภ์หรือให้นมบุตร เด็กที่ อายุต่ำกว่า 8 ปีและผู้ป่วยที่แพ้ยา กลุ่ม sulfonamides เพราะอัตรา การกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 16 ⁽²⁰⁾

โรคเมลิออยโดสิสได้เข้ามาอยู่ในข่ายการเฝ้าระวังของสำนักโรคระบาดวิทยา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 แต่ยังคงมีการรายงานโรคนี้น้อยมาก เนื่องจากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคนี้นี้ได้หลายแบบและไม่เฉพาะเจาะจง การวินิจฉัยทางคลินิกทำได้ยาก และผู้ป่วยมักเสียชีวิตก่อนการวินิจฉัยยืนยันด้วยผลเพาะเชื้อ ผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสส่วนใหญ่เสียชีวิตภายในเวลา

อันรวดเร็ว (ภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง) โดยเฉพาะในรายที่ติดเชื้อรุนแรงหลายอวัยวะและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อตั้งแต่แรก ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลจึงควรตระหนักถึงโรคนี้ด้วยในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการอาการทางคลินิกชวนให้สงสัยและเลือกให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อนี้ เพื่อลดอัตราการตายจากโรคเมลิออยโดสิส

เอกสารอ้างอิง

1. Wiersinga WJ, Currie BJ, Peacock SJ. Melioidosis. *N Engl J Med* 2012; 367:1035-44.
2. Whitmore A, Krishnaswami CS. An account of the discovery of a hitherto undescribed infective disease occurring among the population of Rangoon. *Indian Med Gaz* 1912; 47:262-7.
3. Jittivej J, Busapavanich S, Chawanasai A. Melioidosis: report of 1 Thai case. *Vithayasarn Senarak* 1955; 8:11-8.
4. Vuddhakul V, Tharavichitkul P, Na-Engam N, Jitsurong S, Kunthawa B, Noimay P, et al. Epidemiology of *Burkholderia pseudomallei* in Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 1999; 60:458-61.
5. Currie BJ, Fisher DA, Anstey NM, Jacups SP. Melioidosis: acute and chronic disease, relapse and re-activation. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2000;94:301-4.
6. Suputtamongkol Y, Chaowagul W, Chetchotisakd P, Lertpatanasuwun N, Intaranongpai S, Ruchutrakool T, et al. Risk factors for melioidosis and bacteremic melioidosis. *Clin Infect Dis* 1999;29:408-13.
7. Limmathurotsakul D, Peacock SJ. Melioidosis: a clinical overview. *British medical bulletin* 2011;99: 125-39.
8. Punyagupta, S. Melioidosis. Review of 686 cases and presentation of a new clinical classification. In: Punyagupta S, Sirisanthana T, Stapatayavong B, eds. *Melioidosis*. Bangkok: Bangkok Medical Publisher. 1989:217-29.
9. Leelarasamee A. Recent development in melioidosis. *Curr Opin Infect Dis* 2004; 17:131-6.

10. Leelarasamee, A. Diagnostic value of indirect hemagglutination method for melioidosis in Thailand. *J Infect Dis Antimicrob Agents* 1985;2:213-4.
11. Sirisinha S, Anuntagool N, Dharakul T, Ekpo P, Wongratanacheewin S, Naigowit P, et al. Recent developments in laboratory diagnosis of melioidosis. *Acta Trop* 2000;74:235-45.
12. Limmathurotsakul D, Peacock SJ; Melioidosis: a clinical overview. *Br Med Bull* 2011; 99:125-39.
13. White NJ, Chaowagul W, Wuthiekanun V, Dance D, Wattanagoon Y, Pitakwatchara N. Halving of mortality of severe melioidosis by ceftazidime. *Lancet* 1989; 334:697-701.
14. Simpson AJ, Suputtamongkol Y, Smith MD, Angus BJ, Rajanuwong A, Wuthiekanun V, et al. Comparison of Imipenem and Ceftazidime as Therapy for Severe Melioidosis. *Clin Infect Dis*. 1999; 29:381-7.
15. Cheng, AC, Fisher DA, Anstey NM, Stephens DP, Jacups SP, Currie BJ. Outcomes of patients with melioidosis treated with meropenem. *Antimicrob Agents Chemother* 2004;48:1763-5.
16. Suputtamongkol Y, Rajanuwong A, Chaowagul W, Dance D, Smith M, Wuthiekanun V, et al. Ceftazidime vs amoxicillin/clavulanate in the treatment of severe melioidosis. *Clin Infect Dis* 1994; 19:846-53.
17. Vorachit M, Lam K, Jayanetra P, Costerton JW. Resistance of *Pseudomonas pseudomallei* growing as a biofilm on silastic disc to ceftazidime and co-trimoxazole. *Antimicrob Agents Chemother* 1993; 37:2000-2.
18. Pruksachatruti S, Aswapokee N, Thanerngpol K. Survival of *Pseudomonas pseudomallei* in human phagocytes. *J Med Microbiol* 1990; 31:109-14.
19. Currie BJ, Fisher DA, Howard DM, Burrow JN, Lo D, Selva-Nayagam S, et al. Endemic melioidosis in tropical northern Australia: a 10-year prospective study and review of the literature. *Clin Infect Dis* 2000; 31:981-6.
20. Rajchanuvong A, Chaowagul W, Suputtamongkol Y, Smith MD, Dance DA, White NJ. A prospective comparison of co-amoxiclav and the combination of chloramphenicol, doxycycline, and co-trimoxazole for the oral maintenance treatment of melioidosis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1995; 89:546-9.

21. Sookpranee M, Boonma P, Susaengrat W, Bhuripanyo K, Punyagupta S.
Multicenterprospective randomized trial comparing ceftazidime plus co-trimoxazole withchloramphenicol plus doxycycline and co-trimoxazole for treatment of severemelioidosis. *Antimicrob Agents Chemother* 1992; 36:158-62.
22. Chetchotisakd P, Porramatikul S, Mootsikapun P, Anunnatsiri S, Thinkhamrop B.
Randomized, double-blind, controlled study of cefoperazone-sulbactam pluscotrimoxazole versus ceftazidime plus cotrimoxazole for the treatment of severemelioidosis. *Clin Infect Dis* 2001; 33:29-34.
23. Chierakul W, Anunnatsiri S, Short JM, Maharjan B, Mootsikapun P, Simpson AJ, et al.Two randomized controlled trials of ceftazidime alone versus ceftazidime in combination with trimethoprim-sulfamethoxazole for the treatment of severe melioidosis. *Clin Infect Dis* 2005; 41:1105-13
24. Chaowagul W, Simpson AJ, Suputtamongkol Y, Smith MD, Angus BJ, White NJ.
Acomparison of chloramphenicol, trimethoprim-sulfamethoxazole, and doxycyclinewith doxycycline alone as maintenance therapy for melioidosis. *Clin Infect Dis* 1999; 29:375-80.
25. Chetchotisakd P, Chaowagul W, Mootsikapun P, Budhsarawong D, Thinkamrop B.Maintenance therapy of melioidosis with ciprofloxacin plus azithromycin compared with cotrimoxazole plus doxycycline. *Am J Trop Med Hyg* 2001; 64:24-7.
26. Chaowagul W, Chierakul W, Simpson AJ, Short JM, Stepniewska K, Maharjan B, et al.
Open-label randomized trial of oral trimethoprim-sulfamethoxazole, doxycycline, and chloramphenicol compared with trimethoprim-sulfamethoxazole and doxycycline for maintenance therapy of melioidosis. *Antimicrob Agents Chemother* 2005; 49:4020-5.
27. Chetchotisakd P, Chierakul W, Chaowagul W, Anunnatsiri S, Phimda K, Mootsikapun P, et al.Trimethoprim-sulfamethoxazole versus trimethoprim-sulfamethoxazole plus doxycycline as oral eradication treatment for melioidosis (MERTH): a multicentre, double-blind, non-inferiority, randomised controlled trial.*Lancet* 2014; 383:807-14.

ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องของการเรียนการสอนหัตถการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน

ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม พ.บ., น.บ., สส.ม., วว.ออร์โธปิดิกส์, อว.เวชศาสตร์ป้องกัน

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศชัย

บทคัดย่อ

ในอดีตประเทศไทยระบบการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์เอื้อต่อการสร้างความรู้ความสามารถทางหัตถการมาก แต่ในปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลง ประชาชนเรียกร้องสิทธิผู้ป่วย และมีการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ อาจารย์แพทย์ที่ไม่ต้องการเสี่ยง ก็จะไม่ให้โอกาสนักศึกษาแพทย์ทำหัตถการแก่ผู้ป่วยในความดูแลของตน แต่จะทำหัตถการให้ดูแทน ทำให้แพทย์รุ่นหลังมีประสบการณ์ด้านหัตถการน้อยลง ส่งผลถึงความสามารถของแพทย์ และในที่สุดผลที่ตามมาย่อมตกถึงผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหานี้ สถาบันและบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์จึงต้องให้ความสำคัญ สร้างความเข้าใจด้านทฤษฎีปฏิบัติและให้ความรู้ทางกฎหมายแก่นักศึกษาแพทย์ อาจารย์แพทย์ เข้าร่วมรับผิดชอบและให้ความช่วยเหลือกรณีที่เกิดผลในทางที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นจนนำไปสู่การฟ้องร้องหรือร้องเรียนอาจารย์แพทย์ผู้สอนก็ต้องเข้าประภในการเรียนการสอนอย่างเต็มที่ทุกวินาทีเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและนำมาซึ่งการฟ้องร้องทั้งในทางแพ่งทางอาญาทางจริยธรรมและทางวินัย

The Risk of Litigation of Current Medical Procedures.

PranpaweeRojcharoenngam. MD., LL.B., MPH.

Orthopedic Surgery and Preventive Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

In the past, the teaching and learning system of medical students was conducive to the development of medical students' knowledge and skills. But today Thai society is changing. Patient Rights Patient And more and more medical litigation. Doctors do not want to risk. It will not provide the opportunity for medical students to perform the procedure in their care. But them will do the procedure instead. Later physicians have fewer procedural experiences. The results of the doctor. And finally, the consequences come to the patient .To fix this Institutions and personnel involved in the manufacture of the medical device must be given priority. Understand the practice and provide legal knowledge to medical students, medical professors. Take responsibility and help for unwanted results way to lead to a lawsuit or complaint. The doctor must be in full-time teaching in order to prevent mistakes that will occur .To reduce the potential risk and bring legal, ethical, and disciplinary action.

บทนำ

นักศึกษาแพทย์ที่จะสำเร็จการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น แพทยสภากำหนดว่าจะต้องมีความรู้ความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555 รวมทั้งสิ้น 6 ด้าน คือ หนึ่ง ด้านพหุวินัย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ สอง ด้านทักษะในการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ สาม ด้านความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ สี่ ด้านการบริหารผู้ป่วย ห้า ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและระบบบริหารสุขภาพ สุขภาพของบุคคล ชุมชนและประชาชน หก ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ ประเทศไทยในอดีตระบบการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์เอื้อต่อการสร้างความรู้ความสามารถทั้ง 6 ด้านนี้เป็นอย่างมาก นักศึกษาแพทย์มีโอกาสฝึกประสบการณ์ดูแลรักษา ทำหัตถการต่างๆในผู้ป่วยทั้งในโรงเรียนแพทย์และสถานพยาบาลที่เลือกฝึกงาน แต่ในปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีความตระหนักและรับรู้ในเรื่องสิทธิส่วนบุคคลมากขึ้น อีกทั้งกรณีศาลจังหวัดทุ่งสง ตัดสินให้แพทย์โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 291 ฐานกระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งเสียชีวิต และตัดสินลงโทษจำคุก 3 ปี ในปี 2550 ถือเป็นจุดเริ่มต้นให้ประชาชนยังเรียกร้องสิทธิผู้ป่วย และมีการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ ฝ่ายแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เองก็วิตกกังวลต่อความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง อาจารย์แพทย์ที่ไม่ต้องการเสี่ยง ก็จะไม่ให้โอกาสนักศึกษาแพทย์ทำหัตถการแก่ผู้ป่วยใน

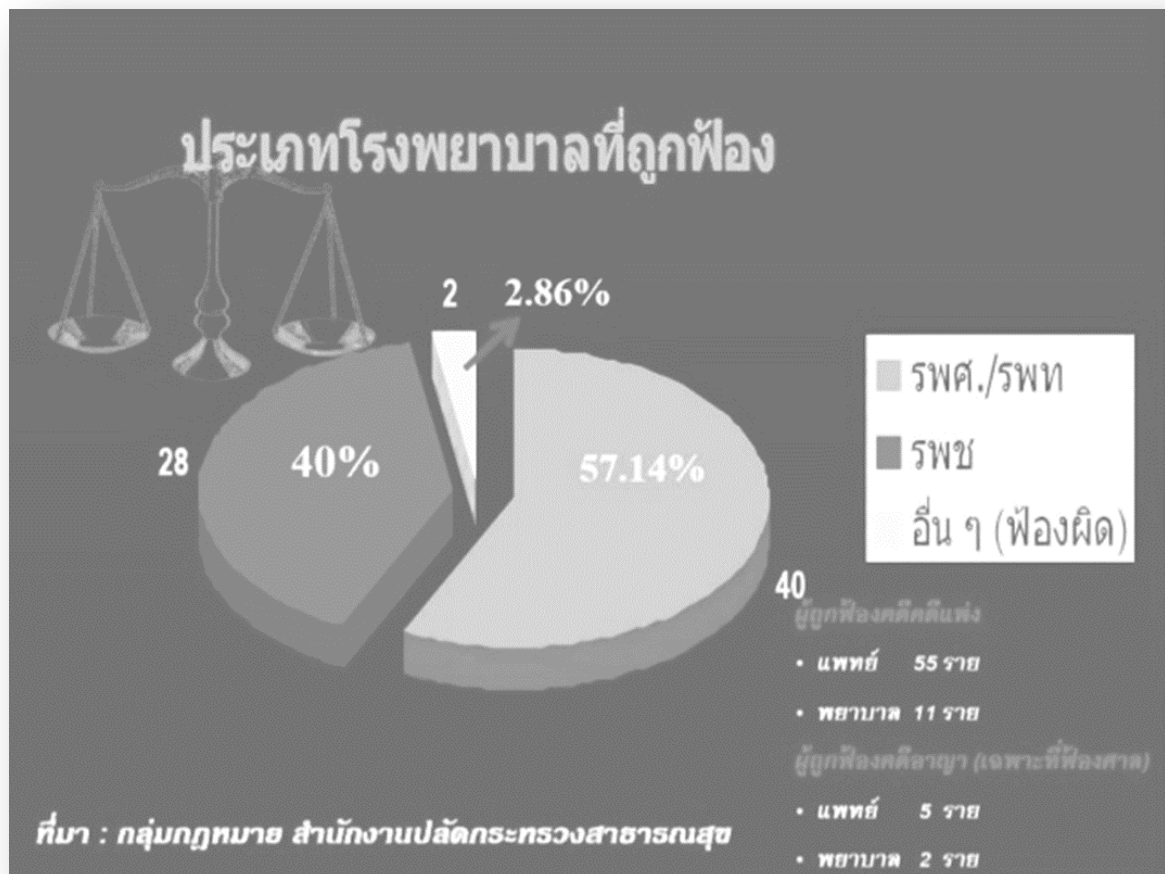
ความดูแลของตน แต่อาจารย์แพทย์จะทำหัตถการให้นักศึกษาแพทย์ดูแทน ทำให้แพทย์รุ่นหลังมีประสบการณ์ด้านหัตถการน้อยลง ส่งผลถึงความสามารถของแพทย์ และในที่สุดผลที่ตามมาย่อมตกถึงผู้ป่วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2560 ฉบับปัจจุบัน⁽²⁾ หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 27 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใด จะกระทำได้มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้น เพื่อจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครอง หรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการหรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสามบุคคลผู้เป็นทหาร ตำรวจ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่อื่นของรัฐ และพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรของรัฐย่อมมีสิทธิและเสรีภาพเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป เว้นแต่ที่จำกัดไว้ในกฎหมายเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง สมรรถภาพ วินัย หรือจริยธรรม” มาตรา 28 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายการจับและการคุมขังบุคคลจะกระทำมิได้ เว้นแต่มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติการค้นตัวบุคคลหรือการกระทำใดอันกระทบกระเทือนต่อ

สิทธิหรือเสรีภาพในชีวิตหรือร่างกายจะกระทำมิได้ เว้นแต่มีเหตุตามที่กฎหมายบัญญัติการทรมาน ทารุณกรรม หรือการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้าย หรือไร้มนุษยธรรมจะกระทำมิได้” เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการดูแล รักษาพยาบาลและตระหนักถึงความสำคัญของ สิทธิเสรีภาพของผู้ป่วย แพทยสภา สภาการ พยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภา กายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์และ คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกัน ออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย ล่าสุด ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ไว้ดังต่อไปนี้

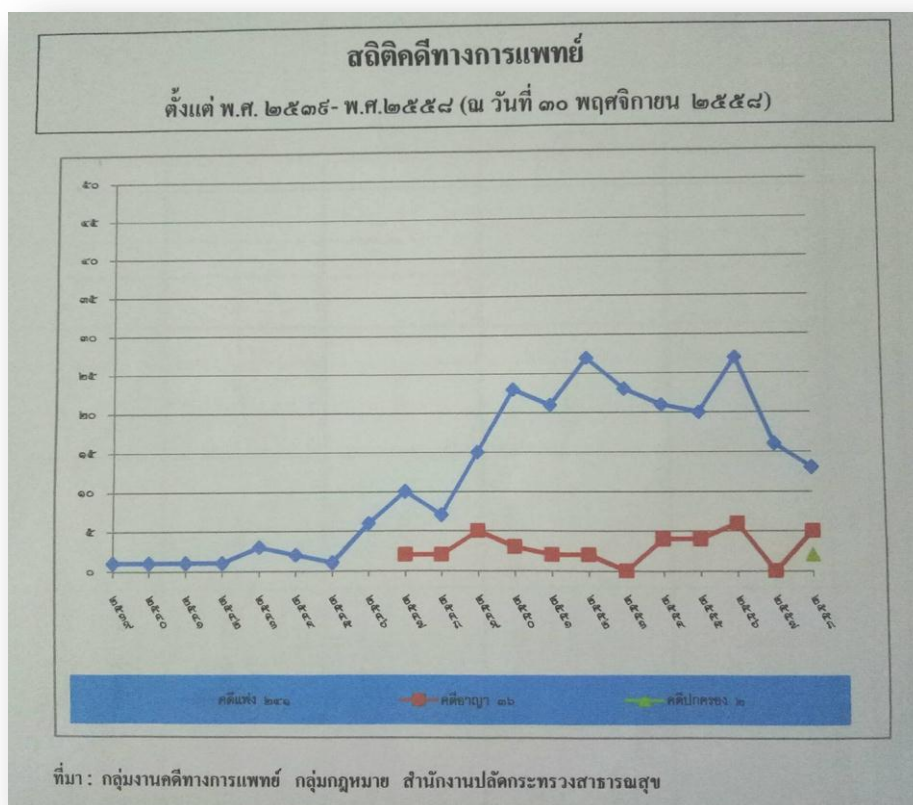
1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้าน สุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการ เลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิ ได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษา จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วย ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการ ยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ใน กรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็น อันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมี สิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตาม ความจำเป็นโดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะ ร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และ วิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การ รักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอ เปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือ เปลี่ยนสถานพยาบาลได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตาม หลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่ มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของ ตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอม หรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อ ประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตาม กฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่าง ครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอน ตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลอง ในการทำ วิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของ สถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้อง ไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสาร ส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่ เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกาย หรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ ผลที่ตามมาก็คือ การที่จะดำเนินการต่อ เนื้อตัวร่างกายอันกระทบสิทธิของผู้ป่วยจะต้อง เป็นไปตามแนวทางที่ถูกกำหนดไว้ การที่มีได้

ปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดความเสี่ยงในทางการแพทย์ ในที่นี้หมายถึง “การที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ดำเนินการทางการแพทย์ไปรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการทางการแพทย์ในทางอ้อมอื่นๆ อาจถูกฟ้องร้อง ร้องทุกข์ ร้องเรียน ประณาม ประจาน กล่าวหา ฯลฯ ต่อบุคคล หน่วยงาน องค์กร สถาบันต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นของ รัฐหรือเอกชนก็ตามเพื่อให้เกิดผลร้าย หรือไม่พึง

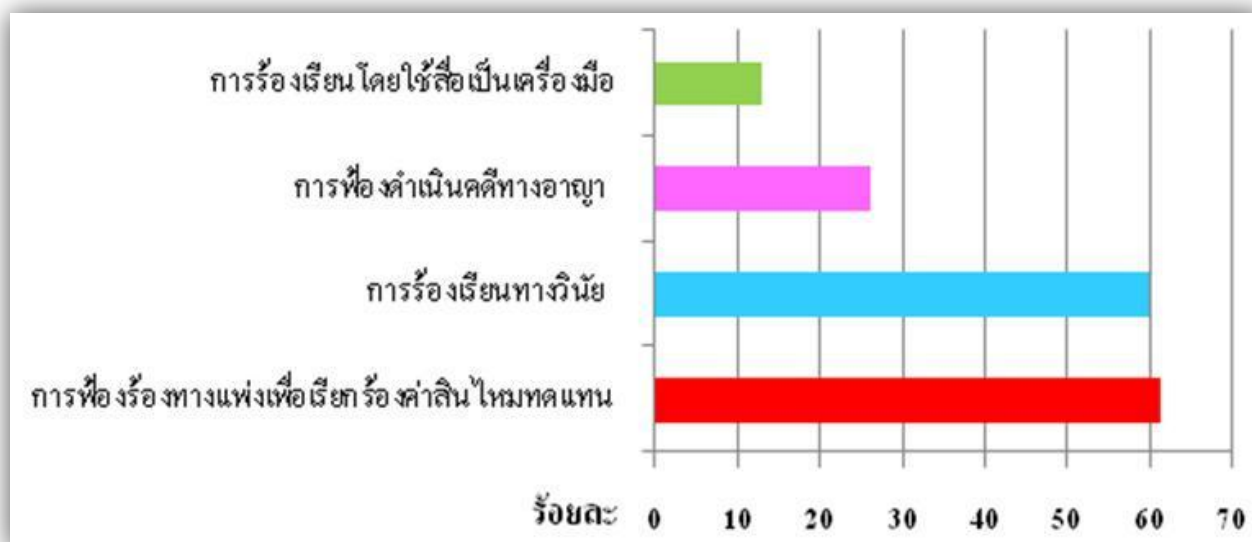
ประสงค์ต่อแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือสถาบันที่เกี่ยวข้องนั้นๆ” จึงเห็นได้ว่าเป็นความหมายอย่างกว้างและความเป็นจริงในสังคมปัจจุบันก็ปรากฏเช่นนี้จริง ยิ่งปัจจุบันถือได้ว่าเป็นยุคปฏิบัติภาระระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้มีการร้องเรียน ฟ้องร้องทางการแพทย์จำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ⁽³⁾ ตามข้อมูลจากกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รูปภาพที่ 1 - 3



รูปภาพที่ 1 สถิติการฟ้องร้องจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล⁽⁴⁾



รูปภาพที่ 2 สถิติคดีทางการแพทย์ปี 2539-2558 จำแนกตามประเภทคดี⁽⁵⁾



รูปภาพที่ 3 สถิติคดีทางการแพทย์ปี 2539-2558 จำแนกตามช่องทางการฟ้องร้อง/ร้องเรียน⁽⁵⁾

ในการเรียนการสอนวิชาชีพแพथนั้น นอกจากอาจารย์แพथเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และเนื้อหาความรู้ทางวิชาการจาก ตำราเรียนแล้ว นักศึกษาแพथต้องอาศัยผู้ป่วยเป็น เสมือนอาจารย์ในการเรียนรู้ โดยเฉพาะการฝึก ปฏิบัติหรือการทำหัตถการต่างๆทางแพथ จำเป็นจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม มิเช่นนั้นอาจถูกฟ้องร้องเป็น คดีแพ่ง ในความผิดฐานละเมิด ตามประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์⁽⁶⁾ มาตรา 420 “ผู้ใดจง ใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่น โดยผิด กฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่าง หนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่า ผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” ฝ่ายอาจารย์แพथ เอง การที่จะให้นักศึกษาแพथทำหัตถการใน ขณะที่ยังไม่มีความชำนาญ ไม่มีความมั่นใจแล้ว อาจารย์แพथย่อมต้องเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องใน ผลที่เกิดขึ้นจากนักศึกษาแพथที่ตนเองมีหน้าที่ ควบคุม กล่าวคือการเกิดภาวะแทรกซ้อน แก่ ร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้ตัวนักศึกษา แพथเอง สถาบันการศึกษา อาจารย์แพथอาจ ต้องรับผิดชอบประมาท ตามประมวลกฎหมาย อาญา⁽⁷⁾ มาตรา 291 “ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุ ให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกิน สองหมื่นบาท” และมาตรา 300 “ผู้ใดกระทำโดย ประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ ผู้อื่นรับ อันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกิน หกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” โดยอาจารย์แพथต้องรับผิดชอบเต็มที่ในผลที่ เกิดขึ้น เพราะถือว่านักศึกษาแพथอยู่ภายใต้การ ควบคุมดูแลของอาจารย์แพथ ทั้งนี้แม้นักศึกษา

แพथจะมีได้ประมาทแต่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน แก่ร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วยจากการดูแลรักษา การทำหัตถการของนักศึกษาแพथแล้ว ย่อมถูก สันนิษฐานไว้ก่อนว่า นักศึกษาก็คือนักศึกษา เป็นผู้ ไม่มีความชำนาญ เพียงแต่ฝ่ายผู้ป่วยพิสูจน์ว่า ได้รับการดูแลรักษาทำหัตถการโดยนักศึกษาแพथ ซึ่งยังมีใช้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น ย่อม หมายถึงการกระทำโดยประมาทของอาจารย์แพथ และ/หรือสถาบันการศึกษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้การที่นักศึกษาแพथเขียนบันทึกการซัก ประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้อง ไม่ ละเอียดครบถ้วน ลงวินิจฉัยผิดหรือคาดเคลื่อน และอาจารย์แพथไม่ได้ทำการตรวจแก้ไข หาก เป็นกรณีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกาย เอกสารทางการแพทย์ที่บันทึกข้อมูล ไม่ถูกต้องตามจริง อาจทำให้คู่กรณีได้รับผลเสีย ในการดำเนินคดีและมาฟ้องร้องตามประมวล กฎหมายอาญา มาตรา 269 วรรคแรก “ผู้ใดใน การประกอบการงานในวิชาแพथ กฎหมาย บัญชี หรือวิชาชีพอื่นใด ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็น เท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานความ ต้องการของผู้ป่วยในเรื่องการดำเนินการทาง การแพथ 8 พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อเข้ารับ การดำเนินการทางการแพทย์ในสถานพยาบาล หรือณที่ใดก็ตามจะประกอบด้วย

1. ต้องการให้ได้รับการดำเนินการทาง การแพथดีที่สุดมุ่งเน้นเรื่องการหายจาก โรคหรือสภาพการป่วยเจ็บหรือให้ ใกล้เคียงกับสภาพเดิมมากที่สุด

2. ต้องการได้รับการดำเนินการทางการแพทย์ในเรื่อง
 - 2.1 ต้องดำเนินการตามมาตรฐานทางการแพทย์โดยผู้ที่มีความชำนาญในด้านนั้นๆโดยตรง
 - 2.2 ต้องมีจริยธรรมในเรื่องต่างๆทางการแพทย์ที่ดำเนินการ
 - 2.3 ต้องไม่เป็นผู้ถูกทดลองหรือทดสอบในทางการแพทย์โดยมิได้รับทราบล่วงหน้า
 - 2.4 ประวัติทางการแพทย์และความลับในการดำเนินการทางการแพทย์ทั้งที่ปรากฏและไม่ปรากฏในเวชระเบียนจะต้องได้รับการปกปิด
 - 2.5 ผู้ดำเนินการทางการแพทย์ต้องยอมรับและปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย
3. ต้องการอัตราค่าใช้จ่ายที่ถูกที่สุดโดยไม่ต้องเสียค่าดำเนินการทางการแพทย์ได้ยังเป็นการดี
4. ไม่ต้องการได้รับการดำเนินการทางการแพทย์ในประเภทที่
 - 4.1 เจ็บปวด
 - 4.2 ทุกข์ทรมาน
 - 4.3 ก่อให้เกิดการอันน่ารำคาญต่อเนื้อตัวร่างกายและจิตใจ
 - 4.4 ใช้เวลานานในการดำเนินการ
 - 4.5 การดำเนินการซ้ำซาก
 - 4.6 การรอคอยที่ยาวนาน
 - 4.7 การเปิดเผยเรื่องราวของตนเองในลักษณะอุทธรณ์
 - 4.8 ต้องเปิดเผยต่อหน้าบุคคลอื่นให้เกิดความอับอาย
 - 4.9 ได้รับการดำเนินการอย่างมีศักดิ์และศรีของความเป็นมนุษย์มิใช่วัตถุ
5. ต้องการให้การป่วยหรือสภาพของโรคดังกล่าวหายโดยเร็วที่สุดและออกจากสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุด
6. ไม่ต้องการมุ่งเน้นในเรื่องการเรียนการสอนหรือเป็นตัวอย่างให้การเรียนการสอนแต่อย่างใดแม้จะเห็นว่าจะทำให้แพทย์ผู้เรียนได้ความรู้ก็ตาม
 - 6.1 ทุกคนไม่ต้องการที่จะเป็นตัวอย่างให้คนอื่นกระทำต่อตนในการสอนแสดง
 - 6.2 กลัวต่อการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในการเป็นตัวอย่างอาจมีความเสี่ยงที่ต้องให้คนที่ไม่มี ความชำนาญทดลองการดำเนินการต่างๆซึ่งไม่ต้องการเพราะอาจเป็นอันตรายแก่ตัวเองได้
7. ต้องการความเป็นส่วนตัวมากที่สุดในการได้รับการดำเนินการทางการแพทย์
8. ต้องการความสะดวกสบายที่สุดเช่นสภาพห้องที่ดีห้องน้ำดีสภาพแวดล้อมอันเกิดจากแสง สี กลิ่น เสียง ความร้อน วัสดุ อยู่ ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมีระบบสาธารณสุขปลอดภัยที่ดีในยุคนี้นวมถึงอินเทอร์เน็ตด้วย
9. ต้องการการบริการด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การพุดจา การต้อนรับ อาหา การเดินทาง ฯลฯ เป็นอย่างดี
10. ต้องการความปลอดภัยมากที่สุดไม่ว่าจะต่อชีวิตร่างกายทรัพย์สิน เสรีภาพ เรื่องเพศ และครอบครัว

11. ความต้องการเป็นการเฉพาะรายขึ้นอยู่กับแต่ละคนที่อาจไม่เหมือนกันเช่นการที่ต้องการให้มีการเผื่ออย่างใกล้ชิดเป็นต้น

แม้ในปัจจุบันจะมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการรักษาโดยไม่ต้องรอการตัดสินถูกผิด เพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดีและลดการฟ้องร้อง กลับกลายเป็นว่าประชาชนร้องเรียนเพื่อขอค่าช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 และประชาชนยังฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลมากขึ้นนอกจากประชาชนจะร้องเรียนเรียกค่าช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าวแล้ว ประชาชนยังฟ้องแพทย์ผ่านทางสภาวิชาชีพหรือฟ้องศาล และร้องเรียนสื่อมวลชน เพื่อให้คนอื่นๆเห็นอกเห็นใจตนในการสูญเสียจากการไปรับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากประชาชนไม่ยอมรับผลร้ายแรงหลังการรักษา ทั้ๆที่ ผลร้ายแรงที่เกิดขึ้นจากการรักษานั้นอาจเป็นไปตามความรุนแรงของโรคที่เป็นไปตามธรรมชาติหรือเกิดโรคแทรกซ้อนที่หมอไม่อาจเฝ้าระวังรักษาได้ แต่ประชาชนก็ฟ้องร้องไว้ก่อน เพื่อต้องการเงินชดเชยจากรายงานการพิจารณาคำร้องและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข ตาม

มาตรา 41 โดยสำนักกฎหมาย สปสช. ตั้งแต่ปี 2547 ถึงเดือนมีนาคม 2560 มีผู้ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือทั้งสิ้น 10,207 ราย ในจำนวนนี้เข้าเกณฑ์รับการช่วยเหลือ 8,417 ราย และไม่เข้าเกณฑ์รับการช่วยเหลือ 1,790 ราย เป็นการช่วยเหลือกรณีเสียชีวิต 4,440 ราย พิกัด 1,264 ราย และอุทธรณ์ 1,026 ราย รวมเป็นจำนวนเงินการจ่ายช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายในระบบทั้งสิ้น 1,395,665,113 บาทซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูง จึงมีการกำหนดให้ สปสช.มีสิทธิไล่เบี้ยได้ตามมาตรา 42 “ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้วสำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้”ซึ่งในที่นี้ย่อมรวมถึงการกระทำโดยประมาทด้วย เช่นเดียวกับ พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่พ.ศ. 2539 มาตรา 8 “ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ให้หน่วยงานของรัฐมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ถ้าเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงสิทธิเรียกให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามวรรคหนึ่งจะมีได้เพียงใดให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีเป็นเกณฑ์โดยมิต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้ถ้าการละเมิดเกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของหน่วยงานของรัฐหรือระบบการดำเนินงานส่วนรวมให้หักส่วนแห่งความรับผิดดังกล่าวออกด้วยในกรณีที่การละเมิด

เกิดจากเจ้าหน้าที่หลายคนมีให้นำหลักเรื่องลูกหนี้
 ร่วมมาใช้บังคับและเจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบ
 ใช้ค่าสินไหมทดแทนเฉพาะส่วนของตนเท่านั้น”
 การเรียนการสอนในอนาคตสำหรับนักศึกษาแพทย์
 ในด้านหัตถการจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบโดย
 ปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของสังคมในปัจจุบันและ
 ในยุคสิทธิผู้ป่วยอาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยมากที่สุดเช่น
 อาจารย์แพทย์1คนกับนักศึกษาแพทย์1คนโดยให้
 เป็นการเรียนการสอนเสมือนหนึ่งว่านักศึกษาเป็น
 ผู้ช่วยแพทย์และเริ่มหาความชำนาญทีละเล็กทีละ
 น้อยในฐานะผู้ช่วยแพทย์อาจารย์แพทย์ที่จะเข้ามา
 ประกอบเพื่อการเรียนการสอนจะต้องเป็นผู้ที่ตั้งใจ
 ในการสอนจริงๆเพื่อการถ่ายทอดความรู้เพราะ
 ต้องเสี่ยงต่อความรับผิดชอบทางการแพทย์อันจะเกิด
 ขึ้นกับการดำเนินการทางการแพทย์ที่ตนให้
 นักศึกษาแพทย์เป็นผู้ช่วยโดยให้นักศึกษาแพทย์ได้
 ทดลองฝึกหัตถการการเรียนการสอนต้องใช้เวลา
 มากขึ้นในการศึกษาเพราะต้องแบ่งเป็นกลุ่มย่อย
 มากขึ้นต้องใช้ทรัพยากรบุคคลอาจารย์แพทย์ใน
 การสอนมากขึ้นนักศึกษาแพทย์ต้องทำงานหนัก
 มากขึ้นเพื่อให้อาจารย์แพทย์เห็นว่ามีความสามารถ
 มากจนถึงขั้นที่ตนจะยอมให้เป็นผู้ช่วยอาจารย์ใน
 การดำเนินการทางการแพทย์ร่วมกับอาจารย์ทั้งนี้
 อาจารย์แพทย์บางท่านอาจอ้างได้เสมือนว่านักศึกษา
 แพทย์ยังไม่มีความสามารถเพื่อตนจะไม่ต้องสอน
 การทำหัตถการให้กับนักศึกษาทั้งนี้เพื่อความปลอดภัย
 ของตัวเองเป็นการลดความเสี่ยงที่จะต้อง
 กระทบต่อผู้ป่วยนักศึกษาแพทย์จะมีความชำนาญ
 ในการทำหัตถการน้อยลงเมื่อจบเป็นแพทย์แล้ว
 เพราะมีการฝึกหัดที่น้อยนักศึกษาแพทย์จะต้องฝึก
 ทำหัตถการกับศพหรือกับหุ่นมากขึ้น แต่แม้กระทำ
 กับศพก็มีไ้ว่าจะกระทำได้อดไปเพราะศพเอง

ย่อมมีสิทธิโดยทายาทเช่นเดียวกันถ้าเป็นการ
 กระทำนอกกรอบที่ได้รับอนุญาต

สถานการณ์อาจารย์แพทย์ในอนาคตจึงอาจ
 เป็นอาจารย์แพทย์ที่ต้องการสอนแต่ภาคทฤษฎี
 ยินดีสอนให้แต่ไม่ยอมให้นักศึกษาได้ลงมือกระทำ
 ต่อคนไข้ด้วยความรับผิดชอบของตน ทั้งนี้เพื่อลด
 ความเสี่ยงของตนเองในการที่จะต้องรับผิดชอบในผลที่
 ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นการสอนจะมีแต่เพียง
 การสอนแสดงเท่านั้นที่เหลือนักศึกษาแพทย์ต้องไป
 หาความเสี่ยงเองซึ่งอาจหลังจากจบแพทยศาสตร
 บัณฑิตแล้ว ส่งผลให้แพทย์ที่จบใหม่ในยุคต่อไป
 อาจมีลักษณะต่างๆดังนี้มีความรู้ น้อยมี
 ประสบการณ์น้อยมากมีความมั่นใจน้อยต้องกลับ
 เข้าฝึกหัดเป็นแพทย์เฉพาะทางมากขึ้นปฏิบัติต่อ
 ผู้ป่วยในสถานะที่มีความเสี่ยงสูงการฝึกหัดหัตถการ
 ต้องใช้เวลามากขึ้นเพราะตัวอย่างคือผู้ป่วยน้อย
 มากต้องขอร้องอาจารย์เพื่อการสอนหรือเข้ามา
 ควบคุมตนในการฝึกหัดหัตถการต้องใช้ทุนทรัพย์ใน
 การศึกษาและความอดทนสูงขึ้นถือว่ามีการลงทุน
 สูงเมื่อเข้าสู่การปฏิบัติงานจริงเมื่อชำนาญจะต้อง
 คิดค่าใช้จ่ายที่ตนได้ลงทุนไปคืนค่ารักษาพยาบาล
 และการดำเนินการทางการแพทย์โดยรวมจะต้อง
 สูงขึ้นต้องใช้งบประมาณมากขึ้น ต้องทำประกัน
 วิชาชีพประชาชนได้รับการดำเนินการทาง
 การแพทย์ในคุณภาพที่ต่ำลงเช่นยากขึ้นแพงขึ้นมี
 ขั้นตอนมากขึ้นมีการปรึกษามากขึ้นถูกดำเนินการ
 โดยเครื่องมือมากขึ้นใช้เวลามากขึ้นความใกล้ชิด
 แพทย์หรือผู้ให้การดำเนินการน้อยลงได้รับการ
 ปฏิบัติในเชิงปฏิบัติมากขึ้นมีการฟ้องร้องมากขึ้น
 บุคลากรทางการแพทย์จะขาดกำลังใจในการ
 ทำงานจนคงเหลือแต่สิ่งที่เรียกว่าจริยธรรมในรูป
 ลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

สรุป

สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงในยุคสิทธิผู้ป่วยนี้จะนำไปสู่ข้อจำกัดในการศึกษาด้านหัตถการที่ต้องกระทำกับผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์เป็นผลให้บุคลากรทางการแพทย์รุ่นใหม่จะขาดทักษะและความชำนาญในด้านหัตถการต่างๆซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วยที่ตนเองให้การดำเนินการทางการแพทย์ได้มากอาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียนในระดับต่างๆได้อย่างมากขึ้น สถาบันและบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์จึงต้องให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวนี้ให้มากขึ้น อาจารย์แพทย์ผู้สอนจะต้องเข้าประกบในการเรียนการสอนอย่างเต็มที่ทุกวินาทีเพื่อป้องกันความ

ผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและนำมาซึ่งการฟ้องร้องทั้งในทางแพ่งทางอาญาทางจริยธรรมและทางวินัยเป็นต้น เพิ่มค่าตอบแทนที่อาจารย์หรือบุคลากรผู้สอนจะได้รับแลกกับความเสี่ยงของการถูกฟ้อง โดยค่าตอบแทนนี้รวมถึงเงินเดือนเงินเพิ่มและสวัสดิการที่ได้รับให้คำนึงถึงภาระที่จะต้องให้การดูแลรับผิดชอบในด้านการดำเนินการทางการแพทย์และการสอนนักศึกษาแพทย์เพื่อให้เป็นแพทย์ที่ดีและมีความรู้ความสามารถโดยเฉพาะในด้านการหัตถการในเวชปฏิบัติสถาบันสถานศึกษาต้องเข้าร่วมรับผิดชอบและให้ความช่วยเหลือกรณีที่เกิดผลในทางที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นจนนำไปสู่การฟ้องร้องหรือร้องเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา.ศ. 2555.กรุงเทพมหานคร: แพทยสภา, 2555.
2. คณะวิชาการThe Justice Group.รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560:18-30.
3. วิสูตรพงษ์ศิริไพบุลย์. ผลกระทบในสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย: ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในด้านการแพทย์. สารศิริราช 2546;55: 169-204.
4. กรรณิการ์ ปัญญาอมรวัฒน์. ตามรอยความเสียหาย สู่การประกันคุณภาพ ในระบบบริการสาธารณสุข. บรรยายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น;11 ธันวาคม 2559.
5. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สถิติการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์.ดาวนโหลด <http://www.legal.moph.go.th/index.php>.
6. คณะวิชาการThe Justice Group.ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ 2551:164.
7. คณะวิชาการThe Justice Group.ประมวลกฎหมายอาญา 2551: 114,136-139.
8. วิสูตรพงษ์ศิริไพบุลย์. ปัญหาและอุปสรรคด้านหัตถการต่อการเรียนรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน.เวชบัณฑิตศิริราช 2551;3: 171-182.
9. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545.
10. พระราชบัญญัติความรับผิดทางการละเมิดของเจ้าหน้าที่พ.ศ. 2539.ราชกิจจานุเบกษา 2539;113(60 ก):25-28.

เรื่องของน้องมอ

สุทธภา ไพบูลย์จิตต์ พย.บ.

หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

น้องมอเป็นเด็กผู้หญิงในหมู่บ้าน ที่ติดรถ ดินไปโรงเรียน เกือบทุกวันเพราะโรงเรียนอยู่ใกล้ กับโรงพยาบาลที่ดินทำงานอยู่ ซึ่งทุกวันนี้ดินต้อง ขับรถจากบ้านพักไปทำงานระยะทางประมาณ ๒๐ กม. ระหว่างทางเราคุยกันเรื่อง ต่างๆ วันหนึ่ง ขณะขับรถผ่านโรงพยาบาลน้องมอ มองเห็นป้าย ภาพพระฉายาลักษณ์ของพระองค์เจ้าทีปังกรรัศมีโชติ มีข้อความ “อะไรที่วุ่น ..นมแม่ดีที่สุด” แล้วเล่าว่า “นี่ถ้าได้กินนมแม่น้องมอคงจะเรียนดีกว่า นี้” ... “หมายความว่าน้องมอไม่ได้กินนมแม่หรือ” ดินถาม เธอตอบว่า “ไม่ได้กินหรอกค่ะ แม่บอกว่า แม่มีปัญหา น้ำนมไม่สามารถให้ลูกกินได้ เนื่องจากแม่ไม่สบาย” ดินในฐานะผู้ที่ทำงาน ด้านเอดส์ มีความคิดบางอย่างขึ้นมาทันที ... เพราะพ่อของน้องมอเป็นนักดนตรี และเสียชีวิตไป ตั้งแต่น้องมอยังเล็ก ๆ แต่คุยต่อไป “จริงหรือคะ ตอนนี้แม่ทำอะไรละค่ะ ป้าไม่เจอแม่นานแล้ว” “แม่ทำงานไม่แน่นอนบางทีก็ไปร้องเพลงกับวง ดนตรี บางวันก็ทำสวน ขายผลไม้” น้องมอเล่า ต่อเรื่อย ๆ... หลังจากวันนั้นดินหาโอกาสคุยกับ แม่น้องมอ เพื่อค้นหาความจริงที่ดินตั้งข้อสงสัยไว้ ในใจ วันหนึ่งก็ได้มีโอกาสคุยกันตามลำพัง ก็ใช้วิธี ให้เขาอาศัยรถไปทำธุระในเมือง เราคุยเรื่องน้องมอ เรื่องการเรียน เรื่องการปฏิบัติต่อลูกสาวที่กำลัง เป็นวัยรุ่น แล้วจึงถามเรื่องที่ดินไม่ได้กินนมแม่ เธอจึงเล่าให้ฟังว่า ตอนท้องน้องมอ ได้ไปฝาก ท้องตามปกติ แต่สิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อนคือ ผลการ ตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อเอช ไอวี ได้กินยาตอน คลอด และถูกห้ามไม่ให้ให้น้องมอกินนมแม่ และพา

น้องมอไปตรวจเลือดเมื่อครบ ปีครึ่ง เมื่อลูกตรวจ เลือดไม่มีเชื้อ เธอก็พยายามลืมฝันร้ายนั้นโดยไม่ได้ พุดถึงเรื่องนี้อีก เหมือนมันไม่เคยเกิดขึ้น จนตอนนี้ น้องมออายุ ๑๗ ปีแล้วแล้วส่วนตัวเองก็ไม่เคย เจ็บป่วยอะไร นอกจากเป็นไข้หวัดบ้าง ซึ่งคนอื่น เขาก็เป็นกัน ยังใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่นที่ดูสิ ดินมองเธอเต็มๆอย่างสำรวจ ความจริงที่เธอ เปลี่ยนแปลงไปคือผอมลงกว่าเดิมเพียงอย่างเดียว แต่ไม่ได้ผิดปกติ ดินจึงแสดงความเห็นคล้อย ตามเธอ แต่ทั้งประเด็นให้เธอสงสัยว่า การตรวจ เมื่อ ๑๗ ปีที่แล้วอาจมีความคลาดเคลื่อนก็ได้ เพื่อ ความแน่ใจ และถ้าข้อมูลตอนที่ตั้งท้องน้องมอเป็น จริง ยังพอมีทางดูแลสุขภาพให้ได้อย่างปกติได้ หาก ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง หลังจากวันนั้น แม่น้องมอก็มาหาที่ดินที่ โรงพยาบาลตามคำแนะนำ ดินจึงพุดคุยกับเธอเรื่องการตรวจระดับภูมิ ด้านทาน (CD4) หากผลเลือดเป็นบวกเพื่อการวางแผนการดูแลต่อไป เธอตกลงตามที่ดินเสนอแนะ หนึ่งสัปดาห์ผ่านไป มีนาคม 2555 แม่น้องมอมา ฟังผลเลือด หลังจากแจ้งผลเลือด ซึ่งผลเลือดยืนยัน เป็นบวก และระดับภูมิด้านทาน (CD4) = 118 cells (ค่าปกติ 500-1,000 cells) แม่น้องมอถูกส่ง เข้า คลินิกสำหรับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี เริ่มยาป้องกัน ปอดอักเสบ (PCP) ได้ยาไป หนึ่งสัปดาห์ นัดมาเริ่ม ยาต้านไวรัสสูตรแรก ระหว่างนั้น ดินโทรศัพท์ สอบถามอาการเธอเป็นระยะๆ กาวนาให้เธอผ่าน พันภาวะแพ้ยาลา ผ่านไปวันที่ห้า ของการเริ่มยา เธอ โทรหาที่ดินตอนเช้า ประมาณหกนาฬิกา เธอบอกว่าเธอรู้สึกแสบร้อน ตัวแดง ร้อนต้องแช่น้ำเย็น ๆ

จึงจะดีขึ้นน่าจะแพทย์จึงบอกให้หยุดยาเมื่อ
ต่อไปวันนั้นตรงกับวันอาทิตย์ ดิฉันประสานแพทย์
ประจำคลินิก ให้ไปพบได้ และเปลี่ยนยาให้
หลังจากเธอได้รับยาประมาณ 3 เดือน ระดับภูมิ
ต้านทาน (CD4) ของเธอเพิ่มขึ้นเรื่อย จาก 118
เป็น 305, 371, 421 และ ล่าสุด 530 เซลล์ต่อลูก
บาทมิลลิลิตร เมื่อเดือน ตุลาคม 2557 ขณะที่
สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถใช้ชีวิตในสังคม
และประกอบอาชีพได้ตามปกติ จากวันนั้นถึงวันนี้
น้องมอ สอบเข้าเรียนในมหาวิทยาลัยคณะ
วิศวกรรม การเรียนอยู่ในลำดับหนึ่งในสิบ ของห้อง
จากการสอบถามพูดคุยกับน้องมอระหว่างเดินทาง
เธอเล่าว่าแม่กินยาตรงเวลาทุกวัน และไปทำงาน
เหมือนเดิม ดูเหมือนแม่จะแข็งแรงกว่าเดิมไม่ค่อย
เป็นหวัดเหมือนเมื่อก่อน

การที่แม่ของน้องมอ ได้ปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เข้าระบบการดูแล
รักษาตามมาตรฐานการดูแลของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี
จนสามารถทำงานได้ตามปกติ สุขภาพแข็งแรง มี
คุณภาพชีวิต สามารถส่งเสียให้ลูกได้เรียนอย่าง
เต็มความสามารถ ทำให้ดิฉันรู้สึกดีใจและเป็นสุข
ใจมาก ที่ได้มีส่วนช่วยให้เด็กผู้หญิงคนหนึ่งซึ่งพ่อได้
จากเธอไปตั้งแต่เด็ก ให้เติบโตอย่างงดงาม เป็น
บุคลากรที่มีคุณภาพของชาติ คาดหวังว่าในอนาคต

น้องมอจะสามารถเลี้ยงตัวเองและดูแลแม่ของเธอ
ต่อไปได้อย่างดี

จากเรื่องของน้องมอ ทำให้ได้รู้ว่าในความ
เป็นจริง ยังมีคนจำนวนหนึ่งซึ่งมีเชื้อเอชไอวีอยู่ใน
ร่างกาย ที่ไม่ได้เข้าระบบการดูแลรักษา ทั้ง ๆ ที่รู้ว่า
ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว นอกเหนือจากคนที่ไม่รู้ตัวว่ามี
เชื้อเอชไอวี เพราะไม่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อ
เอชไอวี สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการดูแล
ตามมาตรฐานการดูแลของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี
สามารถมีคุณภาพชีวิต ดำเนินชีวิต ในสังคมได้
ตามปกติ และการทำงานคุณภาพสามารถทำได้
ทุกโอกาสไม่จำเป็นต้องอยู่ในบริบทของสถาน
บริการหรือขณะปฏิบัติงานเท่านั้น ดังนั้น ผู้
ให้บริการควรเพิ่มความชัดเจนในการแจ้งข้อมูลให้
การพิจารณากรณีแจ้งผลเลือด เอชไอวี บวก ขยาย
การให้บริการคลินิก “แม่ลูกปลอดภัย” เพื่อ
เชื่อมต่อการดูแลระหว่างหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลัง
คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี กับ คลินิกการดูแลผู้ติดเชื้อ
เอช ไอ วี (คลินิกวันอังคาร)และมีระบบการติดตาม
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด
เพื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี มีคุณภาพ
สามารถลดอัตราป่วย อัตราเสียชีวิต ของผู้ติดเชื้อ
เอช ไอ วี ได้อย่างเป็นรูปธรรม ตามเป้าหมายที่
องค์การอนามัยโลกกำหนด

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

มนสิชา มาสิง ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทนำ

ปัจจุบัน มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) เพื่อประสิทธิผลของการรักษา และปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อผลการรักษาคือ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับข้อความของ Haynes และคณะ⁽¹⁾ ที่กล่าวว่า

“ วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนได้มากกว่าการพัฒนาทางการรักษาเฉพาะทางใดๆ เพียงอย่างเดียว ”

องค์การอนามัยโลก (WHO-World Health Organization) ปี 2003 ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่า “ ความร่วมมือในการใช้ยา คือขอบเขตที่ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ”⁽¹⁾ ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยนั้น เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการรักษาโดยผู้ป่วยจะไม่ใช่ว่าฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นการเพิ่มบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาตัวเองมากขึ้น รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาอีกด้วย⁽²⁾ โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเพียงร้อยละและมี 50 แนวโน้มที่ลดลงในประเทศที่กำลังพัฒนา⁽¹⁾ และจากปัญหาดังกล่าวทำให้มีผู้ทำการศึกษาและรวบรวมวิธีการที่ใช้ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นมา นิยามของโรคเรื้อรังที่กล่าวหมายถึง “ โรคซึ่งมีลักษณะหนึ่งลักษณะใด

ดังต่อไปนี้ ได้แก่ โรคที่สร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับร่างกายอย่างถาวร ทำให้ร่างกายบางส่วนเกิดภาวะการทำงานที่ไม่ปกติ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาที่ไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย หรืออาจต้องใช้เวลานานในการดูแลรักษา”⁽¹⁾

บทความนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ต้องใช้ยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน รวมถึงปัจจัยที่มีผลร่วมด้วย ซึ่งโรคเรื้อรังที่มีการรวบรวมข้อมูลมา ณ ที่นี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูงและโรคหอบหืด ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนแต่มีวิธีการใช้ยาที่ค่อนข้างซับซ้อน ยากต่อการจัดการ และควบคุมให้ผลการรักษาถึงเป้าหมายได้ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาเหล่านี้น้อย ส่งผลต่อภาวะโรค คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสูญเสียทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์^(1,2)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

สืบค้นข้อมูลผ่านทางฐานข้อมูลผลงานวิชาการ ประกอบด้วย Pubmed, PMC free article, Scopus โดย Elsevier และ Google Scholar ในเดือนกันยายน ปี ขั้นตอนในการ 2017 สืบค้นโดยใช้คำค้นหา Medication adherence, Adherence, Chronic diseases, Compliance, Schizophrenia, Asthma, Hypertension และ Diabetes type 2 โดยไม่ได้ระบุประเทศและปีที่ทำการศึกษาในการสืบค้นข้อมูล

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานาน โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังดังกล่าว โดยร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดได้รับยากลุ่ม First-line antipsychotic และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁵⁾ ซึ่งจากการศึกษามีสาเหตุมาจากที่ผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษา ลืมกินยา และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น⁽⁶⁾ การวัดผลความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยประเมินตนเอง สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่สามารถรับประทานยาได้มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่ได้รับทั้งหมดประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 100 (adherence) หากผู้ป่วยรับประทานยาได้มากกว่าร้อยละ 50 สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาบางส่วน (partial adherence) และหากผู้ป่วยไม่รับประทานยานานเกินกว่า 1 สัปดาห์ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence)⁽⁷⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา ซึ่งปัจจัยที่มาจากผู้ป่วยได้แก่ ผู้ป่วยเริ่มยาครั้งแรก ผู้ป่วยที่เริ่มยาเมื่ออายุน้อย ผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด เชื่อชาติ หรือปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย⁽⁸⁾ รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาก็เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยา เช่น Extrapyramidal symptoms ง่วงซึม อาการน้ำนมไหล (galactorrhea) และความต้องการทางเพศลดลง เนื่องมาจากฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นจากการรับประทานยา กลุ่ม Typical

antipsychotic^(7,9) ซึ่ง Dassa และคณะ⁽¹⁰⁾ แนะนำว่าควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอีกทั้งการแสดงความเห็นอกเห็นใจ และรับฟังอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยแจ้งจะเป็นตัวช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการรักษาในโรงพยาบาลความคิดด้านลบต่อโรงพยาบาลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการรับประทานยา และล้วนแต่มีผลต่อความร่วมมือใช้ยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น⁽¹¹⁾ วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น⁽¹²⁾ ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย การปรับพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) ให้รับรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับการรับรู้และความจำให้กับผู้ป่วย เป็นต้น

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวาน มีความเกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย อันได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการทำงานของไต ตา และระบบประสาท⁽¹⁾ ดังนั้นการควบคุมโรคต้องใช้การปรับพฤติกรรมควบคู่กับการรับประทานยาโดยผู้ป่วยที่ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ในขณะที่การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราเสียชีวิต^(1,14) นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วย^(15,16)

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย คือ แผนการรักษาที่ซับซ้อนและผู้ป่วยต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิดในระยะเวลา

รวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาหรือแม้แต่ การสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย ปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคม ความบกพร่องทางความจำ และความเชื่อ⁽¹⁷⁾ ซึ่งทีมสหวิชาชีพมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประสบผลสำเร็จ จากการศึกษาของ Els และคณะ⁽¹⁸⁾ ใช้การวัดผลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากค่า HbA1c และ Fasting plasma glucose ในระยะเวลา 6 เดือน โดยผ่านการแนะนำการใช้ยาจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งใช้วิธีเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ร่วมกับปรับพฤติกรรมในการดำรงชีวิต หลังจากผ่านไป 6 เดือน พบว่าสามารถลดค่า HbA1c และ Fasting plasma glucose ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมดูแลตัวเองได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Norris SLL และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะช่วยปรับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตั้งแต่นัดถัดไปที่มาพบแพทย์ และระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งดีขึ้นเมื่อได้พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง นอกจากนี้ในการศึกษาของ Wagner และคณะ⁽²⁰⁾ ยังพบว่าหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทางยาได้ รวมทั้งการศึกษาของ Newell และคณะ⁽²¹⁾ พบว่าการประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-effectiveness) ของยากี่เป็นเป้าหมายสำคัญในการเพิ่มอัตราความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยให้สูงขึ้น

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดโรคทางหลอดเลือดหัวใจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะโรคที่รุนแรง และอาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิต^(22,23) ซึ่งการใช้ยาเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จากการศึกษาของ Musini และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ายารักษาความดันโลหิตสูงจะมีประสิทธิภาพแต่ปัญหาสำคัญคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง(เมื่ออัตราการใช้ยาของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 80 ถึง 100) จะมีผลในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลางหรือน้อย⁽²⁵⁾ และจากการศึกษาข้อมูลของ Eimear และคณะ⁽²²⁾ พบว่ามีเพียงร้อยละ 50 ถึง 80 ของผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ Vrijens และคณะ⁽²⁶⁾ ใช้ระบบ MEMS (medication event monitor system) ในการวัดระดับการให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 หยุดรับประทานยาเองภายใน 1 ปีหลังเริ่มต้นการรักษา และร้อยละ 10 ของผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่กำหนด

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ในการรักษา เช่น

ความทนต่ออาการข้างเคียงของยา และสูตรการรักษาที่ซับซ้อน ดังนั้นจึงมีการปรับสูตรยาต่างๆ ให้รับประทานวันละ 1 ครั้ง เพื่อให้สะดวกแก่การรับประทานลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย⁽²⁷⁾ นอกจากนี้การศึกษาของ Morisky และคณะ⁽²⁸⁾ มีการเปรียบเทียบผลการรักษาตลอด 5 ปีพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือได้มาพบแพทย์ตามนัด ควบคุมน้ำหนักตัวและความดันโลหิตได้ในระดับดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูแลตนเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การศึกษาของ Edmonds และคณะ⁽²⁹⁾ ยังพบว่าการบันทึกระดับความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็นร้อยละ 70 หลังจากมีการจดบันทึก

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืด

โรคหอบหืดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจอักเสบเรื้อรัง ซึ่งการรักษาต้องใช้ยาพ่นที่ต้องอาศัยเทคนิคพิเศษ ดังนั้นยาจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกวิธีและให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาหอบหืด จะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเพิ่มความถี่ในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล⁽³⁰⁾ ในทางตรงข้ามยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีการใช้ยาเกินความจำเป็นส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนอกจากนี้ยังส่งผล

กระทบทางเศรษฐกิจด้วย อย่างเช่น สิ่งที่ไม่สามารถวัดเป็นจำนวนเงินได้ เช่น เวลาที่ต้องลางานเพื่อมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ขาดความรู้เรื่องเทคนิคการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง และการใช้ยากลุ่มป้องกันอาการหอบหืดอย่างต่อเนื่อง⁽³¹⁾ หรือความเข้าใจผิดว่ายากลุ่มดังกล่าวสามารถบรรเทาอาการหอบหืดกำเริบฉุกเฉินได้ มักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาหรือขาดยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก การพกพา Spacer ขนาดใหญ่หรือการปฏิเสธการรักษาโรคหอบหืดเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดความร่วมมือในการใช้ยาพ่น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความไม่สะดวกในการใช้ยา การหลงลืม หรือขาดความใส่ใจ ส่งผลต่อความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ได้สำหรับการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีตใช้การตั้งคำถามความถี่ในการใช้ยาตามจริงจากผู้ป่วย แต่ผลที่ออกมาจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ในขณะที่ยจากการศึกษาของ Put และคณะ⁽³²⁾ ใช้การวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากการสอบถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความถี่ในการพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย นอกจากนี้ในคลินิกโรคหอบหืดจะวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากการนับจำนวนยาที่ใช้ไปหรือนับจำนวนยาคงเหลือ จากวันที่รับยาไปครั้งแรกหรือวัดจากระดับยาในเลือดของผู้ป่วย เช่น ระดับยา Theophylline ในเลือด เป็นต้นแต่ในปัจจุบันอุปกรณ์พ่นยาส่วนใหญ่ มีตัวเลขบอกจำนวนยาคงเหลือและความถี่ในการใช้ยาได้⁽³⁰⁾ จึงสามารถวัดความร่วมมือในการใช้ยาได้สะดวกยิ่งขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญ

การรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ดังที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

โรค	การศึกษาที่เกี่ยวข้อง	เครื่องมือและตัวชี้วัด	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา	วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
โรคจิตเภท	Velligan และคณะ, 2009 ⁽⁷⁾	แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยประเมินตนเอง	อาการข้างเคียงของยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ลดปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา
	Dassa และคณะ, 2010 ⁽¹⁰⁾	10-item Drug Attitude Inventory (DAI)	อาการข้างเคียงของยา	ให้ข้อมูลอาการข้างเคียงของยาและแสดงความเห็นอกเห็นใจ รับฟังอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยแจ้ง
โรคเบาหวาน	Els และคณะ, 2011 ⁽¹⁸⁾	ค่า HbA1c และ Fasting plasma glucose	คำแนะนำเรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง	การแนะนำการใช้ยาโดยทีมสหวิชาชีพ และปรับพฤติกรรม
	Norris SLL และคณะ, 2002 ⁽¹⁹⁾	ค่า HbA1c	ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง	ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง
	Wagner และคณะ, 2001 ⁽²⁰⁾	ค่า HbA1c	ค่าใช้จ่ายในการรักษา	การลดค่าใช้จ่ายในการรักษามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา
	Newell และคณะ, 2000 ⁽²¹⁾	ต้นทุน- อร์รณประโยชน์ (Cost-effectiveness)	ค่าใช้จ่ายในการรักษา	การประเมินต้นทุน- อร์รณประโยชน์ ของยา

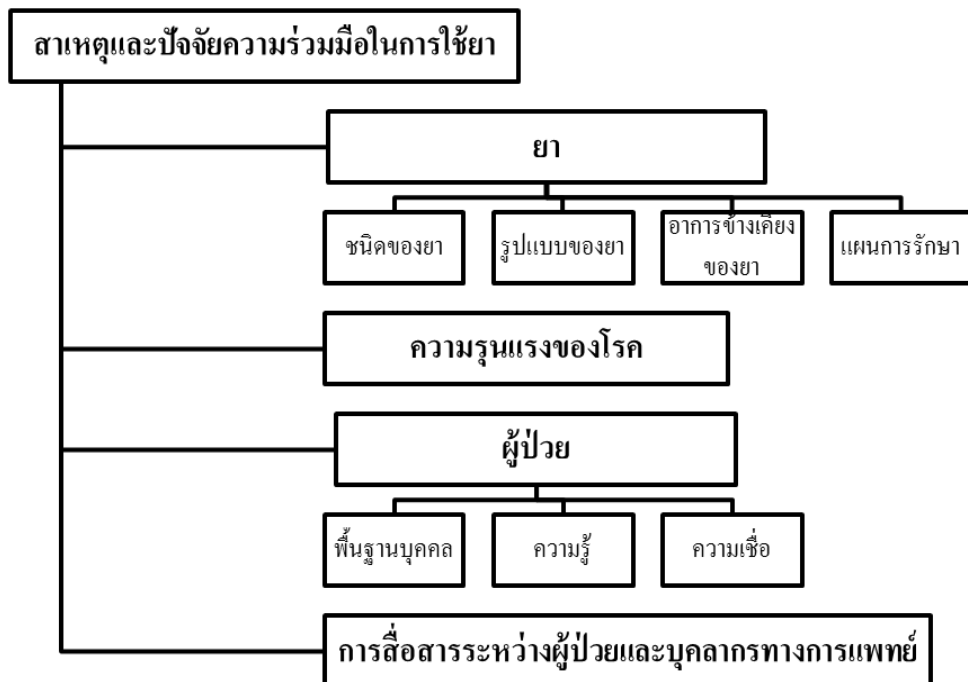
โรค	การศึกษาที่เกี่ยวข้อง	เครื่องมือและตัวชี้วัด	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา	วิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
โรคความดันโลหิตสูง	Vrijens และคณะ , 2008 ⁽²⁶⁾	medication event monitor (MEMS) และ ระดับความดันโลหิต	จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้ง	สูตรยาที่ปรับสำหรับรับประทานวันละ 1 ครั้ง
	Morisky และคณะ ,1983 ⁽²⁸⁾	ระดับความดันโลหิต	ความรู้ในการใช้ยา	คำแนะนำในการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์
	Edmonds และคณะ ,1985 ⁽²⁹⁾	ระดับความดันโลหิต	ความรู้ในการดูแลตนเอง	การจัดบันทึกระดับความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วย
โรคหอบหืด	Chambersและคณะ, 1999 ⁽³¹⁾	แบบประเมินตนเองของผู้ป่วย	ความรู้ในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วย	คำแนะนำในการใช้ยาพ่นของบุคลากรทางการแพทย์
	Putและคณะ ,2000 ⁽³²⁾	แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากบุคลากรทางการแพทย์และแบบประเมินตนเองของผู้ป่วย	ความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย	-

ตารางที่ 1 : ตารางสรุปข้อมูลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในโรคต่างๆ

โดยรวมแล้วสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และในปัจจุบันได้มีการรวบรวม คิดค้น วิธีการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมากขึ้น โดยแนวทางเบื้องต้นเริ่มจากการค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

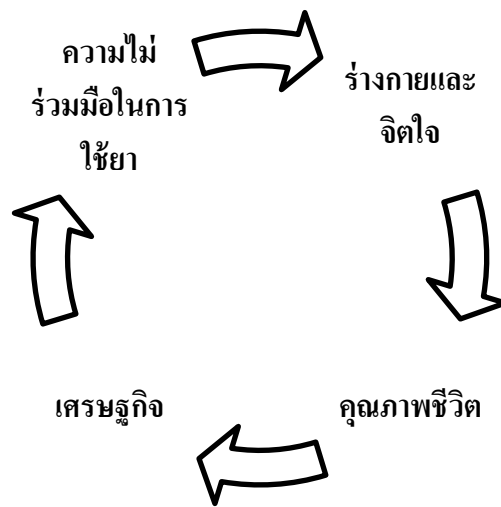
สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถแยกออกได้เป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยที่เป็นผลมาจากยาที่ใช้ในการรักษา ชนิดและรูปแบบของยา อาการข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยา รวมทั้งแผนการรักษาที่ซับซ้อน มีจำนวนยาที่ใช้ร่วมกันหลายชนิด ในสูตรการรักษา ต้องใช้ความถี่ในการบริหารยามากกว่าแผนการรักษาทั่วไป⁽²⁷⁾ และยากต่อการจัดการ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยา

ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันซึ่งใช้ยาในระยะเวลาสั้น และอีกปัจจัยที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยเอง แต่ละบุคคลอาจจะมีพื้นฐานครอบครัว เศรษฐฐานะ ความรู้ หรือความเชื่อที่ต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการดูแลตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มากกว่าจะทำตามคำสั่งเพียงฝ่ายเดียว นอกจากนี้การสื่อสารก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ควรคำนึงถึง การทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้คำแนะนำหรือบุคลากรทางการแพทย์ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และรับฟังผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความตั้งใจของผู้ป่วยให้ใช้ยาตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 : แผนภูมิสรุปสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆในหลายมิติทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตและผลกระทบทางเศรษฐกิจ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 : แผนภูมิสรุปผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา ย่อมกระทบต่อแผนการรักษา ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วย และเมื่อมีการปรับแผนการรักษา ย่อมต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะหมดกำลังใจในการรักษา กระทบภาวะจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าถึงสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสิ้นเปลืองทรัพยากรพร้อมกับค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน และเวลาที่สูญเสียไป ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น จากปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบกลับไปยังความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ลดลงได้เช่นกัน

สรุป

การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ประสิทธิผลของการรักษาโรคดังกล่าวดีขึ้น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และมีหน้าที่ร่วมกันในการลดปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างใดก็ตามฝ่ายผู้ป่วยเองควรจะตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือกับการรักษา ในขณะเดียวกันบุคลากรทางแพทย์ก็มีหน้าที่ในการสื่อสารและทำความเข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลจากการรักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน รวมทั้งการพัฒนาระบบเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 1st ed. Sabate E, ed. Geneva, Switzerland: WHO Publications; 2003.
2. Haynes RB et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000.
3. Maxine XP. and Anthony SD. Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry*. 2007; 6(9) :357-61.
4. Peggy El-Mallakh And Jan Findlay. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015; 11: 1077–1090.
5. Zipursky RB. Why are the outcomes in patients with schizophrenia so poor? *J Clin Psychiatry*. 2014;75(Suppl 2):20–24.
6. Velligan DI, Lam YW, Glahn DC, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull*. 2006;32(4):724–742.
7. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(Suppl 4):1–46.
8. Lang K, Meyers JL, Korn JR, et al. Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1239–1247.
9. Moritz S, Favrod J, Andreou C, et al. Beyond the usual suspects: positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizophr Bull*. 2013;39(4):917–922.
10. Dassa D, Boyer L, Benoit M, Bourcet S, Raymondet P, Bottai T. Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Aust N J Z Psychiatry*. 2010;44(1):921–928.

11. Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry*.2005;62(7):717–724.
12. Velligan DI, Diamond PM, Mintz J, et al. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull*.2008;34(3):483–493.
13. Antoine SL ,Pieper D ,Mathes T, Eikermann M. Improving the adherence of type 2 diabetes mellitus patients with pharmacy care: a systematic review of randomized controlled trials.*BMC Endocr Disord*.2014 Jul 7;14:53.
14. Cramer JA, Okikawa J, Bellaire S, Clauson P. Compliance with inhaled insulin treatment using the AERx(registered trademark) iDMS insulin diabetes management system. *Diab Technol Ther*. 2004;6(6):800–807.
15. Vermeire EIJJ, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.
16. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, Magid DJ. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1836–1841.
17. Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL, Poole CD, Jenkins-Jones S, Rubin RR, Burton CM, Evans M. The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(6):1279–1284.
18. Els Mehuys et al.Effectiveness of a community pharmacist intervention in diabetes care: a randomized controlled trial.*Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*.2011;36(5):602-613.
19. Norris SLL et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control.*Diabetes Care*,2002, 25:1159-1171.
20. Wagner EH et al. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization.*Journal of the American Medical Association*,2001, 285:182-189

21. Newell SA, Bowman JA, Cockburn JD. Can compliance with nonpharmacologic treatments for cardiovascular disease be improved?.*American Journal of Preventive Medicine*,2000, 18:253-261.
22. Eimear C.Morrissey, Hannah Durand,Robby Niruwlaat et al. Effectiveness and content analysis of interventions to enhance medication adherence in hypertension: a systematic review and meta-analysis protocol.*Systematic Review*. 2016; 5: 96.
23. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* (London,England). 2005;365(9455):217–223.
24. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *The Cochrane Library* 2009;(4).
25. Bramley TJ, Gerbino P, Nightengale B, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations.*JMCP*. 2006;12(3):239–245.
26. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories.*BMJ*. 2008;336(7653):1114–1117.
27. Monane M et al.The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly.*American Journal of Hypertension*,1997, 10:697-704. 15.
28. Morisky DE et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients.*American Journal of Public Health*,1983, 73:153-162.
29. Edmonds D et al. Does self-measurement of blood pressure improve patient compliance in hypertension? *Journal of Hypertension*,1985, (Suppl) 3:S31- S34.
30. Mawhinney H. and Spector SL. Noncompliance in asthma patients and how to address the problem. *Masters in Allergy*. 1991; 3(2) : 15-17.

31. Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Resp Med* 1999;93: 88-94.
32. Put C, Van den Bergh O, Demedts M, Verleden G. A study of the relationship among self-reported noncompliance, symptomatology, and psychological variables in patients with asthma. *J Asthma* 2000;37: 503-10.



โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL

198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

TEL.075-340250 FAX. 075-343066